Rok XXXIII. Kraków 6. Stycznia 1894 r. Nr. 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Gruźlica tęczówki i ciałka rzęskowego.

Napisał

Dr. E. Machek,

Prymaryusz oddziału okulist. w szpitalu kraj. we Lwowie.

Gruźlica pojawia się we wszystkich częściach jagodówki: w naczyniówce, w ciałku rzęskowem i w tęczówce. Najdawniej znana jest gruźlica naczyniówki, którą pierwszy rozpoznał Jaeger a dokładniej opisali Manz i Busch. Pojawia się dość często w przypadkach ostrej, prosowatej gruźlicy a najczęściej w przypadkach gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Jeżeli się w tych przypadkach systematycznie bada wziernikiem dno oka, można najczęściej za życia rozpoznać gruzełki naczyniówkowe, czem dane jest anatomiczne rozpoznanie choroby ustroju a równocześnie pewność blizkiego zgonu. Ponieważ badanie wziernikowe przedstawia w tych przypadkach w obec ciężkiej niemocy chorych pewne trudności a rozpoznanie gruzełków na leczenie nie wpływa, nie zbyt często go się przeto używa. Z tego powodu gruzełki naczyniówki są daleko lepiej znane anatomom, niż lekarzom chorób wewnętrznych.

Występywanie gruźlicy w tęczówce i ciałku rzęskowem wykazał w dwadzieścia lat po odkryciu gruźlicy naczyniówkowej pierwszy Gradenigo. Odtąd spostrzegano i opisano dosyć wielką liczbę przypadków tak, że dziś znamy już dość dokładnie przebieg i obraz chorobowy a w kilku przypadkach badano zmiany anatomiczne. Rozpatrzenie się w tych przypadkach poucza, że gruźlica tylnej części jagodówki (*choroiditis tuberculosa*) i gruźlica przedniej jej części (*iritis et cyklitis tuberculosa*) są to dwie choroby, pod wieloma względami bardzo się różniące; równe chyba tylko w ogóle wziąwszy pod względem gruźliczej przyrody i lokalizacyi w oku, różne pod względem przebiegu klinicznego tudzież rokowania i leczenia. Gruźlica naczyniówki pojawia się w ustroju w wysokim stopniu gruźlicą zakażonym, najczęściej na bardzo krótki czas przed śmiercią, cechując tem **końcowy okres** sprawy gruźliczej. Gruźlica przedniej części jagodówki przedstawia najczęściej czysto miejscowe cierpienie, pojawiając się w okresie, w którym oprócz zmian chorobowych w oku niemożna jeszcze wykazać gruźlicy w innych narządach ustroju. Słusznie przeto możemy powiedzieć, że umiejscowienie gruźlicy w tęczówce, cechuje **początkowy okres** zakażenia gruźliczego. Nie zagrażając na razie życiu, przedstawia gruźlica przedniej części jagodówki obraz przewlekłego, miejscowego cierpienia gruźliczego, podobnie jak gruźlica kości, z tą tylko różnicą, że jak każde ognisko gruźlicze, w miękkich częściach ustroju zagraża w ogóle zajęciem ważnych dla życia narządów a gruźlica tęczówki w szczególności, jak poucza doświadczenie, zajęciem opon mózgowych.

Stósownie do tego zapatrywania się napotykamy gruźlicę naczyniówki najczęściej w obu oczach równocześnie, a jeżeli tak nie jest, to w przeciągu kilku albo kilkunastu godzin można wykazać gruzełki i w drugiem oku. Gruźlica przodkowej części jagodówki a więc tęczówki albo ciałka rzęskowego, występuje tylko w jednem oku. Gruźlica naczyniówki dowodzi, że nietylko w oku, ale także i w innych narządach ustroju wystąpiła już gruźlica prosowata. W przypadkach gruźlicy tęczówkowej mogą wprawdzie być jeszcze inne ogniska gruźlicze w ustroju, lecz na razie nie mają one cech ostrego przebiegu. Tak się rzecz przedstawia w największej liczbie przypadków. Wyjątkowo może być inaczej. I tak znalazłem w literaturze opisany przez Frenkla przypadek *(Berliner klinische Wochenschrift 1882)*, w którym na dosyć długi czas przed wystąpieniem gruźlicy prosowatej spostrzegano gruźlicę naczyniówki.

Przeświadczenie, że w przypadkach gruźlicy tęczówki i ciałka rzęskowego mamy do czynienia z miejscowem cierpieniem, ma wielkie znaczenie pod względem rokowania i leczenia. Oko gruźlicą nawiedzone pozostawione same sobie jest stracone dla wzroku. Tego dowodzą wszystkie opi-

sane przypadki rzeczywiście wykazanej gruźlicy tęczówczówki. Sprawa chorobowa w tęczówce, w przypadku leczonym z pomyślnym skutkiem jodkiem potasu przez Schnellera i w przypadku Panasa, w którym po jodoformie znacznie się polepszyło, najprawdopodobniej nie była gruźliczą, chociaż ją autorowie jako taką rozpoznali i opisali.

W najlepszym przeto razie, oko po przebiciu się większych, szczególnie zbiorowych gruzełków przez rogówkę i po długich cierpieniach zmniejsza się i pozornie uspakaja. Najczęściej atoli przychodzi do gruźliczego zapalenia opon mózgowych. W dwóch przypadkach, które spostrzegałem i opisałem w *Przeglądzie lekarskim* z r. 1891, chorzy zmarli skutkiem gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Z 25 przypadków, które zestawiłem z literatury, podano w 11 rodzaj zejścia. We wszystkich bezpośrednią przyczyną śmierci było zapalenie opon mózgowych gruźlicze (*meningitis tuberculosa*).

Wobec tego stanu rzeczy, w przypadkach gruźlicy przodkowej części jagodówki można rokować pomyślnie tylko w takim razie, jeżeli miejscowe ognisko gruźlicze wydalimy z ustroju przez operacyą. Wskazana więc jest irydektomia w tych wyjątkowych przypadkach, w których gruźlica zajęła tylko część tęczówki; najczęściej jednakże wypadnie wyłuszczyć gałkę oczną, aby wydalić na pewne wszystkie chore części, tem bardziej, iż jak uczy doświadczenie, prawie zawsze oprócz tęczówki bywa także zajęte ciałko rzęskowe.

Kierując się wyżej przedstawionym stanem rzeczy, wyłuszczyłem gałkę oczną w przypadku, który niżej opiszę, w którym dziecko półczwarta roku mające cierpiało od dłuższego czasu na gruźlicę tęczówki i ciałka rzęskowego. Wyłuszczyłem gałkę przeszło przed rokiem a dziecko ma się dotąd dobrze i coraz lepiej wygląda. Badanie oka anatomiczne i histologiczne, które także zasługuje na ogłoszenie, potwierdziło rozpoznanie gruźlicy. Słusznie przeto twierdzić można, że wyłuszczeniu gałki ocznej, względnie wydaleniu ogniska gruźliczego z ustroju, dziecko zawdzięcza swe życie.

Lolę Z., lat $3^1/_2$ mającą, przedstawiono mi w godzinie ordynacyjnej dnia 20. Października 1892. Ojciec podaje, że od roku leczy się dziecko na skrzywienie kręgosłupa. Zresztą było zawsze zdrowe. Przed 4 miesiącami spostrzegła matka, że oko prawe zaczerwieniło się. Dziecko jednakże na ból się nie uskarżało, światło go nie raziło; sądziła więc matka, że to sprawa przemijająca. Oko istotnie zbladło a po kilku dniach zaczerwieniło się znowu. Odtąd nastrzykanie oka utrzymuje się już stale. Przed kilkoma dniami straciło dziecko ochotę do zabawy i skarżyło się na bóle głowy. Zawezwany Dr. Kniaziołucki rozpoznał zapalenie prawej tęczówki i objaśnił rodziców, że bóle głowy pochodzą od oka. Wywiady wreszcie wykazują, że kilka osób w rodzinie ojca zmarło na gruźlicę w kwiecie wieku.

Badanie oka prawego wykazuje: Skóra powiek blada. Szpara powiekowa w wymiarze pionowym o milimetr węższa, niż lewa. Światłowstrętu niema. Spojówka powiek prawidłowa. Nastrzykanie rzęskowe znaczne, otoczenie rogówki czerwono-sine; nastrzykanie jednakże ogranicza się do najbliższego sąsiedztwa rogówki. Na cztery mm. od brzegu rogówkowego ku równikowi oka jest już twardówka blada. Widać tylko nieco grubsze, pokręcone żyły przytwardówkowe. Rogówka ma gładką, lśniącą powierzchnię i jest czysta. Przodkowa komórka płytsza, niż w oku zdrowem. Ciecz wodna czysta. Tęczówka brzegiem źrenicznym przyrosła do torebki soczewkowej. Brzeg źreniczny nierówny. Źrenica ma 2 mm. w średnicy i zajęta jest przez szaro-żółtą wypocinę. Utkanie tęczówki ciemniejsze, zamazane, niewyraźne; miąższ obrzmiały; nowo wytworzone żyły wyraźnie widoczne; są one pokręcone, grube; można rozpoznać rozgałęzienia drugiego i trzeciego rzędu. Biorą swój początek od brzegu źrenicznego i wypociny źrenicznej, łączą się przebiegając przez tęczówkę i wchodzą w jej głąb przy brzegu rzęskowym. Szczególnie zgrubiała tęczówka od dołu i zewnątrz. Na tylnej ścianie rogówki, w dolnej jej części widać biało-żółte wypociny, przylegające do błony Descemeta. Zasłaniając oko prawe rozszerza się źrenica oka zdrowego; chore oko ma więc poczucie światła. Napięcie zaledwie trochę powiększone.

Rozpoznałem zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego (*Iridocyclitis oc. d.*) Nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że sprawa powstała na tle gruźliczem, chociaż wyraźnych gruzełków rozpoznać nie mogłem. Tęczówka znajdywała się w okresie nacieku gruźliczego. Za tem rozpoznaniem przemawiały następujące okoliczności: 1. Ognisko gruźlicze w kręgach, pochodzenie dziecka z rodziny gruźliczej; brak wszelkich objawów kiły; wykluczenie urazu lub dostania się ciała obcego do oka. Wiadomo, że zapalenie tęczówki nieurazowe i niegruźlicze w tym wieku należy do rzadkości. 2. Przebieg kliniczny: W okresach początkowych mierne zadrażnienie, niebolesność, brak światłowstrętu, przebieg przewlekły. 3. Znaczne a niejednostajne obrzmienie miąższu tęczówkowego tak, że przodkowa komórka była w pewnych miejscach głębsza, w innych płytsza, szczególnie od dołu i zewnątrz. Wytworzenie się wielu nowych żył, wypocina na tylnej ścianie rogówki.

Ojcu przedstawiłem stan rzeczy i zwróciłem uwagę na to, że zachodzi obawa o życie dziecka z zapalenia opon mózgowych, jeżeli nie wydali się ogniska gruźliczego z ustroju. Oświadczyłem się za wyłuszczeniem gałki ocznej. Wobec tego postanowiła rodzina zasięgnąć porady innych lekarzy. Udano się z dzieckiem do Wiednia. Dnia 1. Października a więc w dziesięć dni po pierwszem badaniu przyprowadzono znów dziecko do mnie w godzinie ordynacyjnej. W Wiedniu badali prof. Fuchs i Reuss chorą kilkakrotnie. Rozpoznano *irido-choroiditis tuberculosa* i zgodzono się na wyłuszczenie gałki ocznej, o czem mnie prof. Fuchs zawiadomił listownie.

Tymczasem stan oka zmienił się znacznie. Przez pojawienie się większej ilości gruzełków, które już wolnem okiem można było rozpoznać, przedstawiało oko typowy obraz rozsianej gruźlicy tęczówki. Wyłuszczyłem gałkę oczną czwartego Listopada. Przed wyłuszczeniem oko przedstawiało stan następujący: Trochę twardsze, niż lewe. Nastrzykanie rzęskowe dość znaczne Rogówka gładka, czysta. Na tylnej ścianie rogówki dosyć znaczna ilość białawych złogów, szczególnie w dolnej części. Największy złóg naprzeciwko najbardziej obrzmiałej części tęczówki od dołu i zewnątrz. Ciecz wodna czysta, przodkowa komórka płytka. Tęczówka przyrosła brzegiem źrenicznym. W źrenicy mającej 2 mm. średnicy szara wypocina. Tęczówka znacznie obrzmiała, skutkiem czego przodkowa komórka jest płytka. Obrzmienie jest niejednostajne, w pewnych miejscach znaczniejsze. I tak od dołu i zewnątrz jest naciek na 4 mm. długi a 2 mm. wysoki, poziomo ułożony, żółto-szary, na nim widać drobne białe kropki; naciek prawie przylega do tylnej ściany rogówki i jednym brzegiem dotyka się złogu na błonie Descemeta. Na powierzchni obrzmiałej tęczówki widać znaczną ilość gruzełków blado-różowych i szarych, nieco wystających, od ledwie dostrzegalnej wielkości do wielkości ziarna maku. Niektóre łączą się ze sobą, przylegają do siebie, dotykają się. Pomiędzy gruzełkami widać nowo wytworzone żyłki tęczówkowe, grube, pokręcone, gęsto się rozgałęziające.

Przebieg operacyi i gojenia się był prawidłowy. Dziesiątego dnia po operacyi rana wygoiła się zupełnie.

W kilka godzin po wyłuszczeniu gałki ocznej badał Dr. Krokiewicz gruzełki pod względem obecności prątków gruźliczych i znalazł niewielką ich ilość, co się zgadza ze spostrzeżeniami autorów (Leidhold, Hirschberg). Oko przecięto od przodu ku tyłowi. Część ciałka szklanego rozwodniona. Prawidłowa siatkówka przylega do naczyniówki. Na-

czyniówka nie przedstawia nic nieprawidłowego. Obrzmiałe ciałko rzęskowe od tyłu badane, wykazuje wzdłuż promieni drobniejsze i większe szare gruzełki. Niektóre promienie więcej zajęte, są zgrubiałe. Poza odgraniczeniem ciałka rzęskowego na naczyniówce niema gruzełków. Tęczówka nacieknła, zgrubiała, wykazuje najwyraźniej wielką ilość gruzełków mniejszych i większych, które ponad powierzchnię daleko wyraźniej wystają, niż za życia, kiedy tęczówka była przekrwiona i o wiele więcej obrzmiała. Najmniejsze są okrągłe, większe wykazują półkuliste wyniosłości. Na przekroju wyglądają zupełnie podobnie do gruzełków płucnych. Z tylnej ściany rogówkowej dały się złogi wypocinowe spłukać z łatwością. Błona Descemeta prawidłowa. Badanie drobnowidowe przedstawia zwykły obraz gruzełków. Znane trzy warstwy najwyraźniej widoczne. Obrzmiała dolno-zewnętrzna część tęczówki przedstawia obraz nacieku gruźliczego. Obrzmienie tej części tęczówki powstaje skutkiem dość jednostajnego nagromadzenia się komórek gruźliczych podobnie, jak w gruźliczym nacieku w naczyniówce (Poncet.)

W powyższym opisie uderza różnica w wyglądaniu gruzełków za życia i po wyłuszczeniu oka. Za życia widać właściwie tylko wierzchołki gruzełków, które zaledwie wystają ponad powierzchnię tęczówki, w której widać mnóstwo nowo wytworzonych żył, pokręconych, zgrubiałych i gęsto się rozgałęziających. Skutkiem przekrwienia tęczówki i następnego obrzmienia była przodkowa komórka bardzo płytka a gruzełki przedstawiają się, jakby zapadłe, ugrzęzłe w tkance tęczówkowej. Po wyłuszczeniu gałki i odpływie krwi z żył, przodkowa komórka stała się głębszą, obrzmienie tęczówki znacznie się zmniejszyło, żyły zwęziły się, widocznemi pozostały tylko grubsze; węższych już wolnem okiem rozpoznać nie można. Natomiast gruzełki występują ponad powierzchnię tęczówki tak, że połowa objętości a nawet dwie trzecie jej są widoczne. W żywym ustroju z pojawieniem się komórek gruźliczych występuje znaczny przypływ i przekrwienie. Skutkiem następowego obrzmienia tęczówki niewidać z początku drobnych gruzełków i dlatego gruźlicze zapalenie tęczówki w początkach choroby przedstawia obraz przewlekłego lub przyostrego zapalenia tęczówki. Najprawdopodobniej możnaby anatomicznie, już w początkowych okresach choroby, wykazać bardzo drobne gruzełki. Tu wspomnieć muszę, że przekrwienie tęczówki z wytworzeniem grubych nowych żył, podobne do powyżej opisanego, zdarzającego się w przypadkach, gruźlicy tęczówkowej, spostrzegałem także w tych przypadkach, w których ciało obce tkwiło dłuższy czas w tęczówce albo blizko poza tęczówką, n. p. w soczewce, dotykając się tylnej ściany tęczówkowej. Gruzełki więc tak, jak ciała obce, sprawiają mocny przypływ krwi do zajętej tkaniny.

Nakoniec wspomnieć muszę, że dalsze spostrzeganie naszej chorej po operacyi wykazuje, że gruźlica w oku była istotnie cierpieniem miejscowem. Po roku przeszło ma się dziecko świetnie, jest dobrze odżywione, znacznie urosło pomimo to, że z powodu zmian chorobowych w kręgach musi nadal pozostawać w leczeniu. Przeciwko wyłuszczeniu gałki ocznej można było przytoczyć, że operacya na nic się nie przyda, gdyż prawdopodobnie już w innych, poza gałką oczną znajdujących się częściach umieściły się ogniska gruźlicze. Nasz atoli przypadek dowodzi, że tak nie było, gdyż jest wielce nieprawdopodobne, aby żadnych objawów chorobowych po roku przeszło wykazać nie było można. Wobec tego stanu rzeczy nikt nie zaprzeczy, że w przypadkach gruźlicy przodkowej części jagodówki *(uveitis tuberculosa anterior)* wskazane jest wczesne wyłuszczenie gałki ocznej, jako operacya, która chorego ratuje od śmierci.

II. Z zakładu fizyologicznego Uniw. Jag. w Krakowie.

O połączeniach sinu z barwikami krwi.

Podał

Dr. Leon Wachholz,

asystent zakładu sądowo-lekarskiego.

Lat 25 mija, jak pierwszy Preyer[1]) ogłosił wyniki swych badań, dowodzące, że sin przy częstych, zwłaszcza w ostatnich czasach, otruciach kwasem pruskim lub sinkiem potasu, łączy się z barwikiem krwi w chemicznie nowy związek. Od tego czasu wystąpiło kilku autorów z nowemi zdaniami co do jakości barwika krwi, łączą cego się z sinem, w obec czego zachodzi istotna potrzeba wykazania, z jakim barwikiem krwi łączy się sin rzeczywiście.

Preyer rozróżnia połączenie sinu z dwojakim barwikiem krwi a mianowicie z tlenną hemoglobiną (O^2Hb) i z odtlenioną hemoglobiną (Hb.) zwiąc połączenia te oksyhemoglobiną i hemoglobiną sinowodową (CNH ([2])—O^2Hb i CNH—Hb); pierwszą otrzymał przez działanie rozczynu kwasu pruskiego lub sinku potasu na rozczyn O^2Hb w zwykłej pokojowej ciepłocie po upływie dłuższego czasu lub w krótkim czasie po ogrzaniu mięszaniny obu rozczynów do 40°C. W jeden lub drugi sposób otrzymany rozczyn CNH—O^2Hb przedstawia w przyrządzie widmowym jednę, szeroką smugę absorpcyjną, zupełnie podobną do tej, jaką tworzy rozczyn Hb, tem jednak od ostatniej różną, że jest nieco ku fiołkowemu końcowi widma przesuniętą, albowiem promienie światła w pasie niebieskim są więcej, w czerwonym mniej, niż przy Hb. pochłonięte. Działając na powyższy rozczyn odczynnikami odtleniającemi n. p. siarczkiem amonu, otrzymuje się drugi związek Preyera t. j. CNH—Hb. Związek ten cechuje się dwiema smugami w pasie zielonym, podobnemi do smug O^2Hb, lecz przesuniętemi nieco ku fiołkowemu końcowi widma.

Hoppe-Seyler[3]) był pierwszym, który, poddawszy krytyce wyniki badań Preyera, sprzeciwił się, jakoby w związkach przez niego podanych sin łączył się z O^2Hb i Hb; zdaniem Hoppe-Seylera był sin w nich połączony raczej z hematyną a nie z hemoglobiną. Przypuszczenie to stwierdza Hoppe[4]) słowami: jeźli się do rozczynu alkalicznego hematyny doda sinku potasu, wówczas staje się rozczyn jej przejrzystszym, czerwono-brązowym, najmniej chłonie światła z obu stron linii C we widmie słonecznem i wywołuje w odpowiedniem roztworzeniu smugę między D i E, z granicami zatartemi. Pomimo to Preyer obstawał przy swojem zapatrywaniu się. W ostatnich dziesięciu latach ogłosili Linossier[5]) pracę o połączeniu się hematyny z kwasem pruskim, Kobert[6]) pracę o połączeniu się kwasu pruskiego z methemoglobiną

[1]) Die Blausäure. Bonn 1868. I Th. Pag. 81—83. Die Blutkrystalle. Jena 1871. Pag. 153—157, 236 i 241.
[2]) CNH = kwas pruski czyli sinowodór.
[3]) Hoppe Seyler. Medicinisch-chem. Untersuch. Berlin 1866—1871.
[4]) Handb. d. physiol. u pathol. chemischen Analyse von F. Hoppe Seyler. V. Aufl. Berlin 1883. Pag. 240.
[5]) G. Linossier. Sur une combin. de l'hématine avec le bioxyde d'azote. Lyon méd. Nr. 27. 1887.
[6]) Ueber Cyanmethaemoglobin i t. d. von Kobert. Stuttgart 1891.

(Methb.) wreszcie Szigeti[1]) o połączeniu się sinowodoru z hematyną.

Nie wdaję się w szczegóły pracy Koberta; już bowiem dawniej[2]) zaznajomiłem z niemi czytelników *Przeglądu lekarskiego;* odsyłając ich przeto do owej rozprawki swojej, zwrócę tylko na tem miejscu uwagę, że próba sino-methemoglobinowa Koberta jest bardzo czuła i dla lekarza sądowego wygodna.

Szigeti przedsięwziął sobie wykazać, czy sin tworzy w istocie z różnemi przez wyżej wspomnianych autorów podanemi barwikami krwi i ich pochodnemi odrębne połączenia chemiczne. Otóż dochodzi on na podstawie swych badań do przekonania, iż $CNHO^2Hb$ Preyera jest, jak to już mniemał Hoppe-Seyler, hematyną połączoną z sinem w hematynę sinowodową. Opiera on się w twierdzeniu swem na tem zjawisku, dobrze znanem, że rozczyn O^2Hb bądź to za ogrzaniem, bądź za dolaniem kwasów lub alkaliów[3]), jak to dzieje się przy utworzeniu $CNH—O^2Hb$ Preyera, rozszczepia się na białko i hematynę. Gdyby połączenie kwasu pruskiego z O^2Hb było prawdziwem, powinnoby po wypompowaniu z rozczynu jego sinowodoru i tlenu zmienić się w Hb, względnie w dostępie tlenu powietrza w O^2Hb. Tymczasem zmienia się ono przy takiem postępowaniu w alkaliczną hematynę, która po zaprawieniu sinkiem potasu lub kwasem pruskim daje we widmie smugę hematyny sinowodowej, taką samą zupełnie, jak smuga $CNH—O^2Hb$ Preyera. Nadto przekonał się Szigeti, że dwie smugi opisane przez Preyera jako charakterystyczne dla widma $CNH—O^2Hb$ + siarczek amonu $[(NH_4)_2S]$ czyli CNH—Hb, stanowią cechy widma hemochromogeny Hoppe Seylera, czyli odtlenionej hematyny Stokesa, i że smugi te występują również i wtedy, jeźli się odtleni siarczkiem amonu rozczyn alkalicznej hematyny przemienionej przez dodanie sinku potasu w hematynę sinowodową.

Opierając się na właściwości barwików krwi połączonych z białkiem, jak O^2Hb, Hb i Methb, że pod wpływem kwasów i alkaliów rozszczepiają się one na białko i na hematynę, twierdzi Szigeti, że i Kobertowska methemoglobina sinowodowa nie jest właściwie methb, lecz hematyną. W krótkości zebrane wyniki pracy Szigetego przedstawiają się zatem tak:

1.) Sin tworzy tylko z hematyną połączenie chemiczne, tak zwaną hematynę sinowodową: oksyhemoglobina sinowodowa Preyera i methemoglobina sinowodowa Koberta są jednem i tem samem połączeniem chemicznem t. j. hematyną sinowodową, tylko utworzoną z rozmaitych produktów barwika krwi.

2.) Odtleniona hemoglobina sinowodowa Preyera jest wytworem barwika krwi, znanym pod nazwą hemochromogeny (Hoppe-Seyler) lub odtlenionej hematyny (Stokes.) Z wywodów tych wynika: jeźli oksyhemoglobina sinowodowa Preyera jest tem samem, co hematyna sinowodowa i methemoglobina sinowodowa to, ponieważ pierwsza odtlenia się pod wpływem n. p. siarczku amonu w odtlenioną hemoglobinę sinowodową Preyera, wedle Szigetego równą hemochromogenie, zatem i methemoglobina sinowodowa Koberta powinna zmieniać się w hemochromogenę pod wpływem odczynników odtleniających jak n. p. siarczku amonu.

Szigeti tej strony w pracy swej nie wyjaśnił, mimo, iż jest zasadniczą i jedynie zdolną rozstrzygnąć, czy związek podany przez Koberta istnieje rzeczywiście.

W tej mierze przedsięwziąłem badania, używając rozczynu hemoglobiny z psiej krwi. W badaniach widmowych (spektralnych) posługiwałem się bardzo dokładnym i czułym spektrofotometrem Głana, łaskawie mi do dyspozycyi oddanym przez prof. Cybulskiego, któremu na tem miejscu składam szczere podziękowanie, zwłaszcza za niezwykle przychylne rady i umiejętną pomoc.

Przede wszystkiem przygotowałem sobie rozczyny O^2Hb, Hb, Methb i alkalicznej hematyny, wszystkie równe i zgęszczone. Długość fal świetlnych w częściach widma zaciemnionych przez smugi absorpcyjne powyższych rozczynów wynosiła:

dla smugi O^2Hb przy linii D. λ[1])	=	między	585 a 610 mm.$^{-6}$.
„ „ O^2Hb „ „ E. λ	=	„	550 a 570 „
„ „ Hb. „ „ λ	=	„	540 a 610 „
„ „ methb „ „ C. λ	=	„	635 a 670·5 „
„ „ hemat. alkalicznej λ	=	„	600 a 630 „

Rozczyn O^2Hb, zaprawiony sinkiem potasu i przygotowany w oba przez Preyera podane sposoby, tworzył w widmie szeroką smugę między D i E, podobną do smugi odtlenionej hemoglobiny. Smuga ta była w miejscu widma, w którem długość fal świetlnych waha się między 535 a 605 mm.$^{-6}$. Po dolaniu siarczku amonu do tego rozczynu rozszczepiała się smuga na dwie, znajdujące się w miejscach, w których długość fal dla smugi bliższej końca czerwonego waha się między 575 a 595, dla smugi bliższej fiołkowego końca widma między 545 a 560 mm.$^{-6}$. Porównywając smugi te z bardzo do nich podobnemi, jakie dawał zwykły rozczyn O^2Hb, okazuje się, iż są one przesunięte ku części widma o promieniach światła mniejszej długości, t. j. ku końcowi fiołkowemu widma. Po skłóceniu z powietrzem rozczynu ginęły obie te smugi i występowała znowu pierwotna, pojedyncza smuga.

Zupełnie tak samo pod względem widma zachowywał się rozczyn zasuszonej krwi, rozpuszczonej wedle Hofmanna[2]) w zgęszczonym roztworze sinku potasu. Gdy, jak wiadomo, krew zasuszona rozpuszcza się w rozczynie sinku potasu jako hematyna (sinowodowa) a siarczek amonu odtlenia ją w hemochromogenę, zatem i rozczyn wedle Preyera zrobiony nie był przed dolaniem siarczku amonu rozczynem O^2Hb w połączeniu z sinem, lecz rozczynem hematyny sinowodowej. Porównanie widm rozczynów Preyera z rozczynami krwi suchej, rozpuszczonej w sinku potasu bez siarczku amonu i z siarczkiem za pomocą pryzmatu kontrolującego, wykazało prawdziwość twierdzenia Szigetego, iż $CNH—O^2Hb$ Preyera jest równą hematynie sinowodowej, CNH—Hb zaś Preyera równą hemochromogenie.

To samo widmo hemochromogeny tworzył rozczyn alkalicznej hematyny, zmięszany wobec nadmiaru ługu sodowego z siarczkiem amonu[3]).

[1]) Ueber Cyanhaematin von Dr. H. Szigeti. Vierteljschr. f. gerichtl. Med. 1893. VI. B. Supplement-Heft.

[2]) Sposoby wykrycia związków sinu i t. d. *Przegląd lekarski* 1891, Nr. 44.

[3]) n. p. kwasu pruskiego lub sinku potasu.

[1]) λ = długość fali.

[2]) Lehrb. d. gerichtl. Med. Wien. Leipzig 1893. Pag. 434.

[3]) Physiolog. Chemie von Hoppe-Seyler. Berlin 1877. I. Th Pag. 396.

Roczyn alkalicznej hematyny, barwy wiśniowo-czerwonej w świetle przepuszczonem, nie zmienił się wybitnie po dolaniu doń rozczynu sinku potasu, jednak przedstawiał widmo równe widmu CNH—O^2Hb Preyera, czyli widmo hematyny sinowodowej. Siarczek amonu zmieniał je w widmo hemochromogeny, które ustępowało znowu miejsca pierwotnemu widmu hematyny sinowodowej po skłóceniu rozczynu z powietrzem.

Kryształki heminy rozpuściłem wedle wskazówek Szigetego w zgęszczonym rozczynie sinku potasu. Rozczyn otrzymany okazywał pięknie czerwone zabarwienie a badany widmowo przedstawiał jednę smugę hematyny sinowodowej. Zresztą zachowanie się rozczynu pod wpływem siarczku amonu i następnie kłócenia go z powietrzem jest takie samo, jak zachowanie się rozczynu hematyny alkalicznej i sinku potasu.

Powyższe doświadczenia stwierdzają również zdanie Szigetego, iż CNH—O^2Hb Preyera jest hematyną sinowodową a CNH—Hb Preyera hemochromogeną.

Wreszcie poddałem badaniu zachowanie się rozczynu methemoglobiny pod wpływem sinku potasu.

(Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Przyczynki do Anatomii patologicznej i Medycyny klinicznej dla uczczenia 70-letniej rocznicy urodzin **Włodzimierza Brodowskiego,** profesora anatomii patologicznej w uniwersytecie cesarskim warszawskim, wydane przez Jego uczniów i asystentów: K. Chełchowskiego, A. Ciaglińskiego, Z. Dmochowskiego, T. Dunina, A. Elsenberga, T. Herynga, W. Janowskiego, F. Kijewskiego, S. Kleina. L. Kryńskiego, I. Luxenburga, E. Przewoskiego, A. Rosenthala i H. Rupperta.

Warszawa 1893, wielka 4-ka, wizerunek jubilata, przednowa i 218 stron tekstu.

W czasach obecnych, kiedy powszechnie uczuwa się znaczne rozluźnienie węzłów pomiędzy młodzieżą a jej przewodnikami, kiedy z biegiem czasu nić łącząca *alma mater* z jej byłymi wychowańcami rwie się zazwyczaj zupełnie w ciężkich okolicznościach walki o chleb powszedni, dziś wszelkie objawy. świadczące o przeciwnem, tembardziej u nas, witamy z prawdziwem uznaniem. To też nadzwyczajną przyjemność sprawił nam widok wspaniałej księgi, którą z powodu 70. rocznicy urodzin profesora Brodowskiego napisali dlań najbliżsi jego uczniowie. Przeszło 30-letnia, niestrudzona czynność Czcigodnego Profesora na jednym z najwybitniejszych posterunków wydziału lekarskiego w Warszawie w dwóch względach wybitne przyniosła owoce: przez wykształcenie zastępu lekarzy, mogących z korzyścią pracować dla kraju i społeczeństwa, wypełnił prof. Brodowski pierwszą połowę swego zadania, jako nauczyciela i przewodnika młodzieży; drugą, nie mniej ważną a o wiele do osiągnięcia trudniejszą — rozbudzeniem zamiłowania do pracy i badań naukowych — zdobył sobie On prawdziwą miłość i niegasnącą pamięć w sercach uczniów, owo rzeczywiste *monumentum aere perennius*, które tak niewielu przypadają w udziale. Z pomiędzy wymienionych uczniów i współautorów księgi większość wyszła już dawno z lat młodzieńczych, wielu zdobyło sobie już wybitne stanowisko w nauce i społeczeństwie, zawsze jednak pozostaje ta nić łączności duchowej pomiędzy nimi a Profesorem.

„. . . . . . . pomimo, iż wielu z nas już przestało pod Twym kierunkiem pracować, nie zapomnieliśmy jednak tego, czegośmy od Ciebie się nauczyli. Przeciwnie, coraz więcej przekonywamy się, jaką korzyść odnieśliśmy z Twych rad i wskazówek, jak sowicie opłacił nam się czas spędzony na studyach w Twej pracowni. W jakiejkolwiek gałęzi medycyny praktycznej pracujemy, zawsze punktu oparcia tak dla naszej działalności praktycznej jak i dla badań szukamy w Anatomii patologicznej a poszukiwania mikroskopowe do dziś dnia stanowią dla nas najmilsze zajęcie. To zamiłowanie wpoiłeś w nas Ty przez swe rady, wskazówki a wreszcie przez Swój przykład; każdy z nas bowiem dobrze pamięta, z jakim zapałem i wytrwałością oddawałeś się zawsze pracy nad ukochanym swym przedmiotem . . . . . .“ brzmi ustęp z krótkiej dedykacyi na wstępie księgi. Zwięźle i wyraźnie określa on ten stosunek wdzięczności i serdeczności pomiędzy nauczycielem a byłymi uczniami, którym należy się szczere uznanie za tak piękny, naukowy i godny naśladowania wyraz tych uczuć. My ze swej strony do licznych objawów czci i miłości dla czcigodnego Jubilata dołączamy serdeczne życzenie, obyśmy jeszcze przez długie lata mogli cieszyć się widokiem Jego niezmordowanej a płodnej pracy dla naszego społeczeństwa! *Redakcya.*

Szereg piętnastu prac, składających się na całość *Przyczynków do Anatomii patologicznej* rozpoczyna piękny artykuł E. Przewoskiego o *gastritis tuberculosa*. Rzadkie to cierpienie spostrzegał autor w ciągu kilku lat ostatnich pięć razy w trupach suchotników. Najczęstszem miejscem usadowienia się wrzodów gruźliczych żołądka jest błona śluzowa części odźwiernikowej, jakkolwiek spotykają się w różnych innych miejscach (*fundus, curvatura major* i *minor*, nawet *cardia*). Zwykle bywa jeden wrzód, rzadziej kilka, które niekiedy zlewają się razem w jednę obszerną powierzchnię owrzodziałą. W razie istnienia większej ilości wrzodów, powstają one, zdaniem autora nie wszystkie przez zakażenie od powierzchni błony śluzowej, lecz część ich rozwija się w następstwie zapaleń gruźliczych w błonie podśluzowej żołądka. Wskutek rozszerzania się tą drogą sprawy zapalnej wrzód przybiera cechy wrzodu pełzającego (*ulcus tuberculosum serpens*). Czy istnieją jakieś szczególne okoliczności uspasabiające, dla których żołądek tak rzadko bywa siedliskiem sprawy gruźliczej? Odpowiedź na to daje nam z jednej strony stan płuc, z drugiej zmiany w samej błonie śluzowej żołądka. We wszystkich 5-ciu przypadkach autora wrzody gruźlicze w żołądku powstały obok jednoczesnej w płucach włóknistej postaci gruźlicy, odznaczającej się przebiegiem przewlekłym; w tem też długiem trwaniu widzi autor jednę z okoliczności przyczynowych, wskutek ciągłego doprowadzania do żołądka plwocin zawierających laseczniki gruźlicze.

Do rzędu danych usposabiających ze strony samego żołądka zalicza autor następujące: a) przewlekły katar żołądka sprawiający zmniejszenie wydzielania się soku żołądkowego i przeciwgnilnych jego własności, b) obecność wielkiej ilości guzików limfatycznych w błonie śluzowej żołądka, jak to wykazały badania Dobrowolskiego, głównie w okolicy odźwiernika i wpustu, c) dłuższe zatrzymywanie się treści w żołądku mieszczącej w sobie plwocinę z lasecznikami, wreszcie d) przypadkowe sprawy chorobowe, jak nadżarcie błony śluzowej, zranienie, wrzodziki natury niegruźliczej.

Oprócz usposobienia, zależnego od postaci suchot płucnych i stanu samej błony śluzowej, do przyczyn usposabiających zaliczyć należy bardzo rozległe cierpienie gruźlicze w jelitach, szczególnie jeżeli owrzodzenia dotrą aż do dwunastnicy. Obydwa rodzaje wrzodów gruźliczych, wrzody żołądka i wrzody jelit pomimo ogólnego podobieństwa przedstawiają pewne różnice, polegające głównie na: a) kształcie wrzodów stósownie do kierunku naczyń krwionośnych i chłonnych, b) na tem, że niekiedy w gruźlicy żołądka znacznie większy udział przyjmuje tkanka podśluzowa, c) że bardzo mało zajętą bywa warstwa mięsna i surowicza żołądka, d) że ilość laseczników Kocha we wrzodach żołądka jest nader nieznaczna.

Gruźlicze zapalenie błony śluzowej żołądka rzadko bardzo może mieć znaczenie kliniczne, gdyż występuje zawsze jako cierpienie wtórne przy zmianach już daleko posuniętych w płucach. Tylko w wyjątkowych przypadkach nabiera znaczenia, kiedy wywoła groźne objawy ze strony żołądka, jak krwotok lub przedziurawienie ściany.

Praca Z. Dmochowskiego *O wtórnem cierpieniu jamy nosogardzielowej u suchotników* stanowi ciekawy przyczynek do umiejscowienia sprawy gruźliczej w części najwyższej dróg oddechowych. Badania swe oparł autor na materyale sekcyjnym 64 suchotników, u których 21 razy znalazł owrzodzenia gruźlicze jamy nosogardzielowej: z pomiędzy 64 przypadków 56 zmarło na gruźlicę płuc przewlekłą, 8 na gruźlicę ostrą, prosowatą i tych to właśnie aż w 6-ciu zajmowała gruźlica jamę nosogardzielową.

Owrzodzenia te w błonie śluzowej powstają, zdaniem autora, w sposób dwojaki: albo wskutek stopniowego niszczenia nabłonka przez laseczniki, albo przez rozpad serowaty gruczołków znajdujących się w tkance gruczołowej i dopiero następuje zniszczenie warstwy nabłonkowej; pierwsze są zwykle powierzchowne, składają się z nacieklej tkanki gruczołowej, zawierającej mnóstwo laseczników; drugie są głębokie, dno ich pokryte serowatemi masami składa się z komórek nabłonkowatych, pomiędzy któremi znajduje się dość dużo komórek olbrzymich. Wnioski ze swych badań wyraża autor w sposób następujący:

Zapalenie gruźlicze wtórne jamy nosogardzielowej występuje u suchotników bardzo często (na 64—21); szczególnie daje się ono spostrzegać w ostrej gruźlicy prosowatej (*tuberculosis miliaris acuta*). Laseczniki gruźlicze, dostawszy się do jamy nosogardzielowej wywołują zmiany naprzód powierzchowne a potem coraz głębsze. Początkowe zmiany objawiają się w nabłonku i w tkance bezpośrednio pod nim znajdującej się; dalsze zaś występują najpierw w zatokach chłonnych a potem w postaci gruzełków rozsianych po całej tkance limfatycznej. Na błonie śluzowej jamy nosogardzielowej zapalenie gruźlicze prowadzi stale do owrzodzeń. Najwięcej danych przemawia za tem, że cierpienie to jest wtórnem, lecz istnieją niektóre wskazówki, świadczące za możliwością sprawy pierwotnej.

T. Dunin: *Kilka uwag o przyczynach t. zw. rozklejania się komórek mięśnia sercowego.* Jakkolwiek dość zgodnie przedstawiają autorzy obraz makroskopowy i mikroskopowy zmian zachodzących w tem cierpieniu w mięśniu sercowym i zgadzają się na względną częstość tego stanu patologicznego (Browicz 42%, Tedeschi 48%, wszystkich sekcyj), mnóstwo istnieje sprzeczności w poglądach na istotę i znaczenie tej sprawy. Pierwotnie autorzy francuscy uważali ją za odrębną niemal chorobę o określonych objawach i przebiegu, co obecnie już odrzucono. Według Recklinghausena, co potwierdzili i inni, zmiana ta występuje dopiero w chwili agonii, jednakże sposób powstawania jest dotychczas ciemny. W tym względzie istnieją dwie teorye, mechaniczna i chemiczna. Pierwsza ma głównie zwolenników w Niemczech, jednakże niektórzy autorowie tłomaczą ją odmiennie, a nawet wprost przeciwnie. Tak Rindfleisch, później Recklinghausen uważają rozklejenie się komórek serca za następstwo nadmiernego podrażnienia włókien i wadliwego skurczu ich substancyi; przeciwnie Israel odnosi je do nadmiernego rozciągania mięśnia, jakkolwiek nie udało mu się tym sposobem nigdy otrzymać sztucznie fragmentacyi. Dla tego przypuszcza on konieczność istnienia poprzednio zmian wstecznych w mięśniu sercowym.

Zdaniem autora teorya mechaniczna sama jedna nie jest w stanie wytłomaczyć zjawiska. Pierwszym i najistotniejszym etyologicznie jest tu czynnik chemiczny, jak to ogólnikowo zaznaczył dawniej Lancereaux. Bodziec mechaniczny później dopiero przyczyniać się może do powstawania zmian. Inni badacze przeciwni byli przyjęciu czynnika chemicznego na tej zasadzie, że rozmiękczenie istoty kitowej i obrazy podobne do fragmentacyi udaje się otrzymać tylko przy pomocy bardzo silnych środków chemicznych a więc w okolicznościach, jakich nie bywa w ustroju. Gnicie zaś nawet w ciągu 90 godzin w powietrzu nie wywoływało rozklejania się komórek (Browicz).

Autor otrzymał inne wyniki. Przez gnicie w badaniach jego powstawała zupełnie typowa fragmentacya, jeżeli tylko mięsień sercowy gnił nie w powietrzu, lecz w wodzie. W tak zgniłych mięśniach znajdował autor zawsze mnóstwo bakteryj; to naprowadziło go na myśl, czy oprócz sprawy gnilnej niema tu peptonizacyi substancyi kitowej pod działaniem wytworów pewnego rodzaju drobnoustrojów. Rzeczywiście przekonał się, że kawałki mięśnia, wrzucone do sztucznego soku żołądkowego, już po kilku godzinach w cieplocie hodowlanej okazują piękną fragmentacyę. Myśl tę nasunął autorowi wynik badania serca w dwóch przypadkach rozklejenia się komórek, gdzie znalazł mnóstwo laseczników *bacterium coli commune* głównie w miejscach rozpuszczenia się substancyi kitowej. Podobnie działać mogą i inne rodzaje drobnoustrojów. To nam tłómaczy ciężkie cierpienia mięśnia sercowego w przebiegu ostrych chorób zakaźnych, których siedlisko może być nawet gdzieś w narządzie, oddalonym od serca. (C. d. n.).

Dr. Kryński.

Prof. W. Jaworski: **Podręcznik chorób żołądka.** Kraków 1893.

Dzięki nowym sposobom badania zmieniły się w ostatnich czasach zupełnie zapatrywania na choroby żołądka. Niemały udział mieli w tem lekarze polscy, idąc za popędem danym przez Jaworskiego w Krakowie a Rajchmana w Warszawie. Trzeba tylko zajrzeć do dzieła, które omówić zamierzamy, przeczytać je i rzucić okiem na spis autorów polskich, zebrany na końcu książki, by przyjść do miłego przekonania, że Jaworski miał możność napisania w przedmowie następującego zdania: „przy zestawieniu niniejszego Podręcznika naśladowałem obcych autorów, którzy mają ten chwalebny zwyczaj, że w swoich pracach opierają się prawie wyłącznie na literaturze własnego języka“.

Chwalebny ten zwyczaj musimy Jaworskiemu poczytać za szczególną zasługę a to tem bardziej, że on dotąd zwyczajem u nas nie jest. Może przykład autora wpłynie dodatnio, jak dodatnio odbiła się praca jego pod względem badań nad stanami patologicznemi żołądka. Lwią część tych badań wziął autor sam na siebie; to też podręcznik przez niego napisany to nie kompilacya, nie zestawienie przez innych tylko podanych spostrzeżeń i zdań, lecz dzieło na wskroś oryginalne. Jest ono niejako drugiem, poprawionem i znacznie rozszerzonem wydaniem książki tegoż autora p. t. *Zarys patologii i terapii chorób żołądka. Warszawa 1889.* Zdarzenie znów niezwykłe w naszej literaturze lekarskiej, że w niespełna cztery lata, po wyczerpaniu nakładu, pojawia się drugie wydanie oryginalnego dzieła lekarskiego polskiego.

Zasłużyło sobie słusznie pierwsze, zasługuje tem bardziej drugie wydanie na szybkie wyczerpanie nakładu. — Każdy z lekarzy, czy to obznajomiony z przedmiotem, czy chcący się dopiero z nim zapoznać, napotka część swoją. Pierwszy znajdzie wszystko zestawione i zapatrywania szkoły krakowskiej; drugi ma sposobność poznania przedmiotu w obecnym jego stanie. Książka Jaworskiego czyni zadość potrzebie praktyki lekarskiej i to było też zadaniem autora. Zawiera ona szczegóły potrzebne do badania żołądka w dzisiejszem rozumieniu, opis cech czynności żołądka prawidłowego a następnie opis zboczeń chorobowych podany w dwóch działach, t. j. choroby żołądka na tle anatomicznem i nerwice żołądka.

W każdym obrazie chorobowym znajdziemy wiernie, krytycznie i jasno skreślone objawy, zasady rozpoznania a co przeważnie odbija od podobnych dzieł obcych, obszernie podane leczenie a w niem uwzględniona dyetetyka, ten najważniejszy czynnik leczniczy w chorobach żołądka. Cecha ta

szczególną nadaje wartość książce Jaworskiego, sama wystarcza, by *Podręcznik chorób żołądka* znalazł się w rękach każdego lekarza praktycznego.

Wszystkie te zalety odnoszą się w całej pełni do działu I. książki; w dziale II., t. j. obejmującym nerwice żołądka, już tej jasności przeglądu nie mamy, bo jej mieć też nie możemy w dzisiejszym stanie nauki. Wobec chaosu panującego w tym względzie wybrnął autor przecież z trudności z zadowolnieniem dla siebie i z korzyścią dla czytelnika, a to już wiele. Mniej zgodziłby się z nim można na ostatni dział nerwic, t. j. nerwice żołądka przypadowe, do których zalicza napady żołądkowe tabetyczne, przypady żołądkowe zimnicze, bledniczc i t. d., już to z tego powodu, że zdaniem naszem zboczenia n. p. w zimnicy, błednicy, niekoniecznie są nerwicami; z drugiej strony, że takich objawowych przypadów ze strony żołądka możnaby wyliczać całe szeregi, co sądzę, że w *Podręczniku chorób żołądka* należałoby ogólniej przedstawić lub pomieścić w części etyologicznej.

Książkę Jaworskiego wobec przymiotów jej naukowych czyta się z takiem zajęciem, że zapomina się zupełnie o języku, którego poprawnym nazwać nie można. Sądzę, że Redakcya *Przeglądu lekarskiego* spełnia swoje zadanie, zwracając uwagę swoich Czytelników na książkę Jaworskiego, która zasługuje na jak najszersze rozpowszechnienie. *Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich zaliczyć ją może do najlepszych swoich dzieł.* *Gluziński.*

Chirurgia.

R. Volkmann (z Marburga): **O krwawem odprowadzaniu zwichnień urazowych zastarzałych w stawie biodrowym.**

Jakkolwiek zasady ogólne leczenia zastarzałych zwichnień biodrowych są już dziś ustalone, jednakże w przypadkach wymagających operacyi zdania chirurgów co do wyboru tej ostatniej różnią się znacznie. Obecnie, kiedy zarzucono już inne sposoby operowania w tych przypadkach, pozostaje do wyboru jeden z dwóch: krwawe odprowadzenie zwichniętej główki stawowej lub też resekcya. Każdy z tych sposobów ma swych zwolenników. Stronnicy pierwszego z nich (Schede) twierdzą, iż odprowadzanie stanowi metodę idealną, powracającą rzeczywiście stosunki fizyologiczne w chorym stawie i dającą wyborne wyniki czynnościowe; według zaś zwolenników drugiego, (Kocher, Knapp, Kirn) resekcya stanowi zabieg o wiele prostszy, bezpieczniejszy i zupełnie zadawalający pod względem czynności stawu w porównaniu z odprowadzaniem na drodze krwawej, które oprócz tego nadzwyczaj często prowadzi do zropienia z następowem obumarciem główki stawowej. Autor na podstawie spostrzeganego przypadku zwichnienia biodrowego ku tyłowi (*luxatio femoris iliaca dextra*) u chłopca 9. letniego, które po 7 tygodniach odprowadził prof. Küster na drodze operacyjnej, oświadcza się stanowczo za tym sposobem postępowania, w tych przypadkach, gdzie proste odprowadzenie nie jest możliwe. Zdaniem jego w każdym przypadku zwichnienia można z powodzeniem wykonać odprowadzenie główki, jeżeli tylko operować odpowiednio; postępowanie zaś zasadzać się winno na: 1) odpreparowaniu i uwolnieniu zupełnem od zrostów i otaczających części miękkich nie tylko główki kości biodrowej, lecz zarówno i szyjki i krętarza wielkiego aż do *trochanter minor*, 2) usunięciu wszystkich części miękkich, wchodzących pomiędzy główkę i panewkę (powięzie, mięśnie), 3) pogłębieniu samej panewki, która dość szybko wypełnia się tkanką granulacyjną, przemieniającą się w tkankę bliznowatą, 4) odcięciu wszystkich wybujałości kostnych powstających częstokroć zarówno na brzegu panewki, jak na główce kości udowej, wreszcie 5) przecięciu skurczonych mięśni (*adductores*). Co się tyczy następowych powikłań przyrannych, których tak obawiali się niektórzy autorowie, to przy odpowiedniem postępowaniu aseptycznem można ich uniknąć z pewnością. Pewne przeciwwskazanie do odprowadzania krwawego zwichnień biodrowych, stanowi podeszły wiek chorego i znaczne zniszczenie samej główki nie ze względu jednak na trudność operacyi, lecz wobec nader wątpliwego pomyślnego wyniku czynnościowego.

Podczas operacyi przypadku, opisanego przez autora, zauważono nader ciekawe zjawisko: od wierzchołka główki uda, ze zwykłego miejsca przyczepu *ligam. teres* ciągnęło się więzadło nieco może grubsze i krótsze niż prawidłowe, przyczepiając się do środka nowowytworzonej panewki na zewnętrznej powierzchni kości biodrowej. Nowe to więzadło przytrzymywało bardzo mocno główkę kości pomimo oddzielenia jej od otaczających części miękkich. To spostrzeżenie dało pochop autorowi do zbadania na drodze doświadczalnej zmian, jakim ulega *ligamentum teres* wskutek zwichnienia główki kości udowej.

W tym celu wykonał on 8 doświadczeń na psach i królikach, u których robił sztucznie typowe zwichnienia ku tyłowi i górze (*luxatio iliaca*); udawało się to jedynie drogą krwawą, przyczem koniecznie trzeba było przeciąć *ligam. teres*. W 3 przypadkach nastąpiło zropienie stawu, pozostałe zaś badał w różnych odstępach czasu od wytworzenia zwichnień w 2, 3½, 8, 10 i 12 tygodni i otrzymał wyniki następujące: Po dniach dwunastu pozostała resztka więzu obłego przedstawia się w postaci małego czopka ziarninowego na wierzchołku główki udowej, zdradzającego wielką skłonność do zrastania się z sąsiedniemi powierzchniami ziarninowemi. Po 23 dniach połączenie to już się dokonało: od *foveola capitis femoris* ciągnie się dość gruby pęczek młodej tkanki włóknistej do dolnej powierzchni nowoutworzonego stawu tuż powyżej brzegu starej panewki; przy ruchach i naciąganiu kończyny więzadło to napina się mocno. Później przybiera ono coraz wyraźniej cechy tkanki zbitej, włóknistej tak, iż po 10—12 tygodniach jedynie tylko nieprawidłowem umiejscowieniem i nieco może grubemi konturami różni się od prawdziwego.

Podobnież widział autor utworzenie się na nowo więzu obłego u psa w 10 tygodni po odprowadzeniu krwawem zwichnięcia w stawie biodrowym, trwającego od 2 tygodni. (*Deutsche Zeitschr. für Chirurgie T. 37. Str. 373*). *Dr. Kryński.*

Ginekologia.

Theilhaber (w Monachium): **Przypadłości ze strony przewodu pokarmowego u kobiet w stosunku do schorzeń narządu rodnego.**

Równie przesadnem jest twierdzenie, jakoby nerwowość kobiet polegała li tylko na tle cierpień macicy, jak i zapatrywanie się, że występuje ona samodzielnie, od nich zawsze niezależnie. Często bowiem zdarzają się ciężkie objawy histeryi wobec równocześnie zupełnie zdrowego narządu rodnego, indziej spotyka się histeryę obok rzeczywistych zboczeń ze strony macicy, których usunięcie wszakże nie wpływa wcale na polepszenie stanu, gdzie zatem nerwica powstała na tle dziedziczności, złego wychowania, psychicznych wpływów i t. p.; z drugiej strony nie rzadkie są przypadki, gdzie poprawa w schorzeniu części rodnych usuwa zarazem i nerwicę.

Wykazano, że miesiączkowanie wpływa na narząd wzroku, sprowadzając kilkudniowe ścieśnienie pola widzenia, hemiopię, amblyopię i amaurozę, ślepotę na barwy, skurcz powiek, porażenie mięśni gałki ocznej; w innych razach nawet zapalenia białkówki, rogówki, tęczówki, naczyniówki, siatkówki i nerwu wzrokowego. Zmiany te dostrzeżono niekiedy już na 3 dni przed wystąpieniem regularności i to zwłaszcza u osób, u których była ona zbyt obfitą; trwały zaś one przez cały peryod a ustępowały wcale nie po leczeniu swoistem, ale dopiero po ustaniu miesiączki. W ciąży znane są zapalenie siatkówki białkomoczowe (*retinitis albuminurica*), *asthenopia accomodativa* i *muscularis, polyopia, strabismus*, wylewy krwawe do siatkówki i ciałka szklanego.

Obserwowano również przypadki znacznego pogorszenia się w chorobach uszu po zajściu w ciążę lub wobec cierpień macicy, niemniej jak i rozmaite zmiany w skórze z tegoż

samego powodu, jako to: występowanie plam i mocnego zabarwienia zwłaszcza na brodawkach sutkowych i wzdłuż linii białej, obrzęki skóry, różnorakie wypryski i osutki, wynaczynionki, trądzik *(acne)*, pokrzywkę i t. p., powstałe odruchowo a znikające po ciąży, czy też po leczeniu ginekologicznem.

W zakresie narządu pokarmowego występuje czkawka, wymioty, bolesność w podbrzuszu, upośledzenie siły trawienia, dyspepsye, kardyalgie.

Kisch podaje pod nazwą *dyspepsia uterina* zbiór przypadków, jak zwiększenie się kwasoty żołądka, wymioty, upośledzenie trawienia a wywołanych przez zgięcia i pochylenia macicy (zwłaszcza tyłozgięcie), przez stany zapalne jej i sąsiedztwa, wrzody na części pochwowej, guzy jajnikowe, wypociny i t. d.

Leyden, G. Braun, Müller, Panecki opisują przypadki, w których objawy żołądkowe pozostawały w związku z miesiączkowaniem, lub też wogóle ze stanem patologicznym narządu rodnego i ustępowały równocześnie z regularnością, czy też po zabiegach ginekologicznych.

Kretschy zauważył u 25-letniej dziewczyny z przetoką żołądkową, że gdy zwykle trawiła obiad w 6 godzinach a kwasota jej soku żołądkowego przechodziła w oddziaływanie obojętne w siódmej godzinie, to podczas trzechniowej miesiączki trawienie trwało do ośmiu godzin a oddziaływanie obojętne soku żołądkowego nie występowało jeszcze i w dziewiątej godzinie.

Podobne spostrzeżenia poczynił Fleischer w klinice Leubego i Hammela, przyczem okazało się, że po peryodzie trawienie znowu powracało do prawidła.

Autor przytacza z własnej praktyki opis 45 przypadków; z tych 25 z rozpoznaniem *dyspepsia nervosa*, 12 *atonia ventriculi*, 2 nieżytu żołądka, 1 *anaciditas*, 1 *hyperchlorhydria*, 1 wrzodu żołądka, 1 *enteroptosis*.

U 25 pacyentek z *dyspepsia nervosa* apetyt był zmienny, acz przeważnie dobry; natomiast u wszystkich występowało odbijanie się gazami, nudności i wymioty, obfite ślinienie się, niekiedy *globus*, trudności w połykaniu. Chore skarżyły się zwykle na uczucie pełności w żołądku, tak przed jak i po jedzeniu, wzdęcie brzucha, ból głowy, szum w uszach, ćmienie przed oczyma, bicie serca, uczucie strachu, zły sen, ogólne osłabienie i przygnębienie w usposobieniu; stolec był zwykle skąpy i nieregularny, wzdęcie brzucha przed miesiączkowaniem największe.

Badanie przedmiotowe wykazywało zwykle dobre wejrzenie i odżywianie, żołądek i *colon ascendens* mniej lub więcej wzdęte, nad *colon transversum* i *descendens* przytłumienie, trawienie prawidłowe.

U chorych na niedowład żołądka znajdywano dolną granicę żołądka poniżej pępka i wyraźne w nim pluskanie; rozpoznawano *anaciditatem* i *hyperchlorhydriam* na podstawie badania po przepłukaniu żołądka; w przypadku *enteroptosis* stwierdzono niedowład jelit.

Badanie ginekologiczne w powyższych przypadkach wykazało u 4 pacyentek stósunki prawidłowe, u 19 *endometritis catarrhalis*, u 4 *endometritis haemorrhagica*, u 11 *retroflexio* i *retroversio uteri*, u 3 *oophoritis*, u 3 *parametritis*, u 1 *tumor ovarii*.

Na podstawie powyższych, własnych obserwacyj dochodzi autor do wniosku, że pod względem stósunku cierpień przewodu pokarmowego do cierpień narządu rodnego należy odróżnić trzy grupy:

W pierwszym razie występują cierpienia macicy tylko przypadkowo i nie są wcale przyczyną chorób żołądka i jelit; trudno nieraz oznaczyć, czy znajdywane w niektórych przypadkach zmiany w układzie rodnym są rzeczywiście bez ogólniejszego znaczenia i tu też trzeba indywidualizować, rozważając dokładnie kolejne po sobie następstwo każdego objawu z osobna od samego początku choroby.

Tak n. p. co do nerwicy, to za jej przyczyną ośrodkową przemawiają:

a) dziedziczność, przewrotny tryb życia i wychowania niedokładny rozwój ustroju, wyczerpanie sił po ciężkich chorobach, długie karmienie, częste porody;

b) objawy nerwowości już w dzieciństwie, przed wystąpieniem miesiączki;

c) przypadłości powstające po wzruszeniach psychicznych, trwające czasowo a znikające same przez się;

d) trwanie cierpienia dalej mimo skutecznego miejscowego leczenia.

W celu rozpoznania nerwicy odruchowej na tle zboczeń w narządzie rodnym uwzględnia się:

a) występowanie przypadłości równocześnie z objawami miejscowemi (krwotok z macicy, upławy);

b) pogorszenie się przed samym peryodem i podczas niego;

c) wybitne pogorszenie się po obfitych czyszczeniach;

d) ustąpienie przypadłości w czasie ciąży i karmienia;

e) występowanie bólu żołądka za uciskaniem schorzałego narządu (macicy, jajników).

Pewność rozpoznania utwierdza wreszcie rezultat leczenia *ex juvantibus et non nocentibus*.

Do drugiej grupy zalicza się przypadki, w których cierpienia narządu rodnego wywołane są przez przypadłości w przewodzie pokarmowym.

Tak nagromadzenie się kału i gazów w niedowładzie jelit wpływa też niekorzytnie na obieg krwi w zakresie żyły czczej dolnej i sprawia w następstwie żylny zastój w macicy a dalej obfite i bolesne czyszczenia, upławy i t. p.; podobne znaczenie dla przewlekłego zapalenia macicy mają też choroby serca i wątroby, na tej samej podstawie zwiększa białe upławy dłużej trwające zaparcie stolca lub zapalenie kiszki ślepej, mimo że w samej macicy są stósunki zupełnie prawidłowe. Ztądto kobiety, cierpiące w miastach na obfite i bolesne czyszczenia miesięczne, regulują podczas pobytu w lecie na wsi przez żywszy ruch i zmianę dyety funkcye przewodu pokarmowego a pośrednio i krążenie w zakresie dolnej żyły czczej i w macicy.

W trzeciej wreszcie grupie uwidocznia się wpływ cierpień macicy, jako przyczyna zboczeń żołądkowo-jelitowych. Już powyżej zwrócono uwagę na ten wpływ, zwłaszcza w *dyspepsia nervosa*; że także i warstwy mięśni żołądka mogą uledz osłabieniu, o tem można wnosić z analogii atonii żołądka osób niedokrewnych i blednicą nawiedzonych, z osłabienia mięśnia sercowego również w blednicy i u chorych na mięśniaki macicy.

Nie da się zaprzeczyć, że już skutkiem li tylko mechanicznego ucisku macicy powiększonej przez ciążę lub zapalenie, czy też przez zmianę w jej położeniu (*retroflexio*), obniżają się zarazem i jajniki w zatokę Douglasa, gdzie następnie obrzmiewają i sprawiają przy przesuwaniu się zbitych mas kałowych znaczne boleści, z obawy których pacyentki z umysłu powstrzymują oddawanie kału; zdaje się wszakże, że obok tego główną przecież rolę w zaparciu przypisać trzeba atonii kiszki grubej, wywołanej odruchowo. Przemawia za tem obserwacya, że nawet po odprowadzeniu macicy w położenie prawidłowe, bynajmniej nie zaraz ustępuje zaparcie, jak niemniej wzgląd, że kiszka gruba, przebiegając koło *synchondrosis sacro iliaca* na zewnątrz macicy, chyba dopiero pod koniec ciąży lub podczas porodu jest narażoną na ucisk macicy; wreszcie wiele kobiet z tyłozgięciem czy też przewlekłem zapaleniem macicy, cierpiących przytem na zaparcie stolca, doznaje polepszenia pod tym względem podczas regularności lub po zajściu w ciążę.

Na podstawie zatem powyższych obserwacyj nie można przyjąć zapatrywania się Giovanniego, jakoby nerwice odruchowe u kobiet miały li tylko ośrodkową przyczynę, nie potrzeba również przyjmować żadnej odrębnej choroby, ochrzczonej przez Kischa mianem *dyspepsia uterina*, ale należy zważyć, że skutkiem cierpień narządu rodnego występują istotnie różnorodne objawy ze strony żołądka i jelit, bez żadnej w nich anatomicznej podstawy.

Z opisów podanych przez autora dla ilustracyi, zasługują na wzmiankę przypadki tak zwanych histerycznych wymiocin krwawych z żołądka, zresztą zupełnie zdrowego, u osób cierpiących na *metritis chronica* lub *endometritis haemorrhagica*. Gdy kilkoletnie leczenie, skierowane w tych razach przeciw domniemanemu wrzodowi żołądka, pozostało bez skutku, to natomiast wyleczenie owych cierpień macicy usunęło w zupełności i krwawienia z żołądka, występujące zresztą tylko jako znana czynność zastępcza innych narządów (*menstruatio vicaria*) podczas regularności. (*Münch. med. Wochschr. Nr. 47. 48.*). *Dr. L. Kosiński.*

Terapia.

Rosiński: Przyczynek do leczenia sozojodolem ropiejących ran i wrzodów.

R. opowiada o następującym przypadku: mężczyzna 27-letni złamał sobie w sposób prosty (*fractura simplex*) goleń w górnej trzeciej części. Założono mu opatrunek gipsowy, po odjęciu którego po dniach 14 pokazały się dwa nekrotyczne miejsca odleżynowe: jedno na guzowatości goleni, drugie na grzbiecie stopy. Ponieważ złamanie już się zrosło, desinfekcyonowano miejsca zgorzelą nawiedzone i założono opatrunek z gazy jodoformowej ściśle przylegający. Ze zmianą jego pokazało się, że zgorzel nie tylko się nie zmniejszyła, ale nawet powiększyła tak w głąb, jak i na długość, tworząc jakoby rynienkę wzdłuż goleni obok ogniska nekrotycznego ponad piętą. Najdokładniejsze postępowanie przeciwgnilne i codzienna zmiana opatrzenia nie zdołały wstrzymać postępu zgorzeli, która zaczęła już zagrażać nadżarciem przedniej tętnicy goleniowej. Wtedy dowiedziano się, iż pacyent przed kilkoma laty miał wrzód twardy, jednak bez żadnych następstw drugorzędnych. Zaordynowano mu przeto leczenie przeciwkiłowe Dżondego a zewnętrznie użyto sozojodolanu potasowego (*kali sozojodolicum*), którym po gruntownem przemyciu sublimatem posypywano grubo ranę, którą następnie opatrywano gazą sublimatową. Po skończeniu leczenia Dżondego zadano jodek potasu. Pod wpływem takiego postępowania sprawa zmieniła się rychło na dobre, tak, iż po 15-razowej zmianie opatrzenia nastąpiło zupełne wygojenie się rany.

Jakkolwiek zdaniem autora nie ma w tym przypadku wątpliwości, że pomyślny skutek przede wszystkiem zawdzięczyć należy leczeniu przeciwkiłowemu, to jednakowoż i sozojodolan potasowy działał bezsprzecznie bardzo dobrze i zrobił to, czego nie mógł dokazać jodoform. Dlatego też używa od tego czasu autor sozojodolanu we wszystkich głębokich starych wrzodach podudzia po przyżeganiach Pacquelinem i jest ze skutku zawsze bardzo zadowolony. Szkoda tylko, iż sozojodol jest bardzo drogi.

(*Ther. Mtshefte. Grudzień 1893*).

Stepp: Przyczynek do leczenia przewlekłego wrzodu żołądka.

Przypuszczając, że przyczyną powstania i szerzenia się wrzodu żołądka jest nadmierny stopień kwaśności soku żołądkowego, zadawano w tej chorobie przede wszystkiem alkalia bądź w postaci rodzimej wody karlsbadzkiej, bądź w postaci mięszaniny z dwuwęglanu, siarkanu i chlorku sodowego a zarazem ordynowano dyetę przeważnie płynną, osobliwie mleczną. Jakkolwiek skuteczność tego sposobu leczenia nie ulega wątpliwości, to pewna, iż terapia taka, prowadząc dopiero po długim czasie do celu, wystawia cierpliwość pacyenta na ciężką próbę, z której nie każdy wychodzi zwycięzko. W każdym razie choroba trwa długo przy tem leczeniu i nabiera rzeczywiście cechy przewlekłości.

Uznawano powszechnie, że dla rychłego wyleczenia choroby, o której mowa, potrzebaby żołądek utrzymywać w jak największym spokoju i w tym celu nie tylko polecano się chorym leżeć w łóżku, ale sprowadzić czynność trawienną żołądka do rozmiarów jak najmniejszych a żywić ich, przynajmniej w pierwszych czasach choroby, za pomocą odpowiednich lawatyw.

Jak łatwo pojąć, są to wymagania do spełnienia trudne już w klinice i szpitalu a niepodobne poprostu do przeprowadzenia w praktyce prywatnej.

Dlatego zaproponował a i w niejednym przypadku przeprowadził Fleiner swój własny sposób leczenia polegający na tem, by wrzód usunąć od właściwej czynności żołądka, t. j. od trawienia, ograniczyć wydzielanie soku żołądkowego, zmniejszyć stopień jego kwaśności a zarazem podrażnić wrzód otrętwiały ku gojeniu się. Pomysł swój przeprowadzał Fleiner w ten sposób, że za pomocą sondy żołądkowej wprowadzał do żołądka 10 gramów bizmutu, po 10 minutach wydobywał sondę, przez co bizmut oblekał ściany żołądka a więc i wrzód, do ułatwienia czego służyło stosowne ułożenie chorego podczas wlewania przerzeczonego płynu. Po kilku dniach powtarzano tę procedurę w razie potrzeby, t. j. w razie odnowienia się dolegliwości. W ten sposób zadawał Fleiner chorym nieraz po 300—400 gramów bizmutu bez żadnych objawów zatrucia. I to postępowanie daje się przeprowadzić jedynie w szpitalu i klinice.

Stepp używa dlatego od lat 4 z najlepszym skutkiem całkiem innego sposobu leczenia polegającego na tem, iż wprowadza do żołądka płyn mający wstrzymywać nieprawidłowe kiśnienie i rozkład w żołądku a zarazem drażnić nieszkodliwie otrętwiałą powierzchnię wrzodu.

Płynem tym jest woda chloroformowa z dodatkiem, lubo wcale niekoniecznym, podazotanu bismutowego według przepisu:

Rp.	*Chloroformii*	1·00
	Bismuthi subnitrici	3·00
	Aquae destil.	150 00

MDS. Co godzina (lub co dwie godziny w miarę potrzeby) zażywać po łyżce stołowej.

Stepp zwraca wyraźnie uwagę, iż chloroform w tej formie nie działa ani wbrew mniemaniu Ewalda przeciw bólowi ani narkotycznie, lecz raczej jako środek nieco drażniący, podniecający, skrzepiający.

Na poparcie swych twierdzeń przytacza S. kilka historyj chorób i uważa to za zaletę swego sposobu leczenia wrzodu żołądka, iż można używać go zaraz po krwotoku lub nawet przedziurawieniu żołądka, iż woda chloroformowa powstrzymuje tak groźne przez swe następstwa nudności, koi pragnienie tak znaczne i pospolite po krwotokach, tamuje do pewnego stopnia krwotok i działa nawet przeciwgnilnie, co niewątpliwie musi mieć pewne znaczenie w obec nieprawidłowych rozkładów chemicznych i wrzodziejącej powierzchni.

Rozumie się samo przez się, że i przy tem leczeniu wodą chloroformową trzeba bardzo starannie baczyć na dyetę i przed upływem trzeciego tygodnia nie pozwalać bezwarunkowo na żadne stałe pokarmy.

Stepp trzyma się w tej mierze następujących zasad: W pierwszych dwunastu dniach pozwala chorym tylko na mleko i herbatę w równych częściach z mlekiem tudzież rozmoczone kawałki bułki. W końcu drugiego tygodnia daje chorym dobry rosół, z początku szczery, później z dodatkiem jaja. W trzecim tygodniu dodaje się do tego po jednem lub dwu jajach; w czwartym tygodniu potrawy mięsne jak najłatwiej strawne. Za napój po pierwszym tygodniu dobre wino czerwone. W razie zaparcia stolca słaby lek rozwalniający.

(Sprawozdawca *Przeglądu lekarskiego* potwierdza z własnego doświadczenia skuteczność sposobu leczenia podanego przez Steppa, nie może jednak zaprzeczyć, iż tak po wodzie wapiennej, zalecanej niegdyś gorąco przez ś. p. prof. Dietla, jak i po wodzie karlsbadzkiej widział bardzo pomyślne skutki nawet u chorych nie leżących w łóżku).

(*Ther. Mtshefte. Listopad. 1893*).

O badaniu czystości chloroformu przed jego użyciem.

Sądzę, że umieszczenie tego zdania sprawy w piśmie przeznaczonem w pierwszym rzędzie dla lekarzy praktycznych nie będzie bez korzyści.

Wobec wzrastającej ciągle potrzeby chloroformu i fabrykacya jego powiększyła się znacznie a metoda uprościła; pomimo tego jednak chloroform nie zawsze bywa czysty, o czem sam kilkakrotnie przekonałem się niewątpliwie, czystość zaś jego jest bardzo wielkiej wagi. Wprawdzie zanieczyszczenia chloroformu nie pojawiają się w nim ani w takiej ilości ani jakości, iżby same przez się mogły śmierć sprowadzić podczas narkozy; mimo to czystość jego jest rzeczą nader pożądaną w czasie narkozy, to jest w chwili, gdy choremu z natury rzeczy niejedno zkąd inąd zagraża. W każdym niemiłym przypadku, jaki zajść może w ciągu narkozy, powinien lekarz mieć to mocne przeświadczenie, że ani on sam ani preparat, którego używa, nie stał się jego przyczyną; przekonanie jednak to może powziąć wówczas dopiero, gdy sam naocznie wykazał jego czystość, nie zadawalniając się gwarancyą, jaką dała fabryka lub apteka, z której preparat otrzymano.

Badanie chloroformu, że się tak wyrażę, klinicznie jest rzeczą bardzo prostą, dla każdego przystępną, co powinno zachęcić lekarzy do własnoręcznego badania preparatu.

Pomijając sposoby badania chloroformu czysto teoretyczne, przytoczę tylko te, które rzeczywistą praktyczną przedstawiają wartość i konieczność.

Zwykłe zanieczyszczenia chloroformu odnieść należy albo do użycia materyałów nieczystych, użytych do jego otrzymania, albo do niedokładnego ostatecznego oczyszczenia preparatu, lub wreszcie do powolnego rozkładu, jakiemu chloroform po pewnym czasie ulega, zwłaszcza jeśli pozostawał w miejscu wystawionem na działanie światła dziennego.

Jeśli rozpatrzymy się w sprawie chemicznej, podług której wytwarza się chloroform, to tem samem poznamy jego zanieczyszczenia i ich przyczynę. Przez działanie alkoholu etylowego na podchloryn wapniowy tworzy się aldehid octowy, chlorek wapniowy i woda. Przez działanie utworzonego aldehidu na podchloryn wapniowy, tworzy się chloral i wodorotlenek wapniowy; z działania zaś tych ciał na siebie tworzy się ostatecznie chloroform i mrówkan wapniowy. Jeśli natomiast chloroform otrzymuje się wprost z chloralu, co jest właśnie ulepszeniem metody, to reakcya jest znacznie prostsza a chloroform bywa czyściejszy, pod warunkiem jednak, że sam chloral był zupełnie czysty i manipulacye, mające na celu ostateczne oczyszczenie preparatu, dokładnie przeprowadzone. O tem jednak przekonać może li tylko badanie chemiczne.

Zanieczyszczenia chloroformu mogą być następujące:

1) Alkohol etylowy użyty do fabrykacyi może zawierać pewien procent innych alkoholów a przede wszystkiem alkoholu amylowego, który bierze wówczas udział w reakcyi i pojawia się w końcu pod postacią chlorków amylenu.

2) Chlor z podchlorynu wapniowego może częściowo nie wejść w reakcyę a wówczas zanieczyszcza preparat, jako wolny chlor lub jako kwas solny.

3) Aldehid octowy może pozostać do pewnego stopnia bez wpływu działania chemicznego a wówczas znajdzie się w chloroformie bez zmiany.

4) Podczas reakcyi tworzą się jako uboczne produkty inne chlorki: metanu etylenu, amylenu i t. d., których działanie na ustrój jest odmienne od działania trójchlorku metylu, t. j. chloroformu.

5) Wreszcie woda utworzona podczas reakcyj chemicznych może nie być należycie usuniętą a wówczas pozostaje do pewnego stopnia rozpuszczoną w chloroformie.

Obecności alkoholu etylowego w chloroformie nie można uważać za jego zanieczyszczenie, przynajmniej z punktu widzenia klinicznego; przeciwnie jest ona konieczną celem utrudnienia i opóźnienia rozkładu chloroformu pod wpływem światła, jaki wcześniej czy później następuje, zwłaszcza w chloroformie nie zawierającym alkoholu. Produkta rozkładu są bardzo liczne a najważniejsze z nich są chlor, kwas solny, fosgen, czterochlorek etanu i t. d.

Badanie chloroformu pod względem jego czystości da się ułożyć w następujący wzór:

1) Chloroform powinien być cieczą bezbarwną, ruchliwą o charakterystycznym, łagodnym zapachu. Jeśli woń jest ostra, dusząca, to chloroform jest zanieczyszczony przede wszystkiem fosgenem.

2) Ciężar gatunkowy przy ilości alkoholu etylowego dochodzącej do 1% powinien wynosić mniej więcej 1·487. Ciężar gatunkowy o wiele mniejszy wskazuje na nadmierną ilość alkoholu, większy zaś na obecność czterochlorku etanu. Oznaczenie punktu wrzenia i wnioski ztąd wysnuwające się pomijam, jako w przebiegu badania klinicznego nie mogące mieć zastosowania.

3) Kilka sześciennych cm. chloroformu wlanych na czyste szkiełko od zegarka i pozostawionych w miejscu ciepłem bez pyłu, powinno ulotnić się bez żadnej pozostałości a miejsce to, oblane czystym, zgęszczonym kwasem siarkowym, nie powinno dać plamy żółtawo-brunatnej, która wskazuje na zanieczyszczenia innymi chlorkami metanu, etanu, amylenu i t. d.

4) Chloroform powinien oddziaływać obojętnie; oddziaływanie kwaśne wskazuje na obecność kwasu solnego.

5) Preparat badany zmięszany w rurce odczynnikowej z równą objętością wodnego roczczynu azotanu srebrowego i wstrząsany mocno przez kilka minut nie powinien dawać ani białawego zmętnienia pochodzącego od chlorku srebrowego, coby wskazywało na obecność wolnego chloru lub kwasu solnego, ani też czarnego osadu srebra metalicznego, coby wskazywało na obecność aldehidu.

6) Kilka sześćciennych cm. chloroformu wstrząsanych z równą objętością roczczynu jodku potasu (1:20) nie zawierającego jodu, nie powinno okazywać ani śladu nawet zabarwienia fiołkowego; w przeciwnym bowiem razie jest obecny wolny chlor, który wydzielił jod z jodku potasowego.

7) Chloroform kłócony w rurce odczynnikowej z równą objętością zgęszczonego, czystego kwasu siarkowego i pozostawiony następnie na czas dłuższy w spokoju nie powinien zabarwić nawet po 24 godzinach kwasu siarkowego na brunatno-żółto ani dawać obrączki tej samej barwy pomiędzy oboma płynami; w tym bowiem razie wykazałoby się obecność obcych chlorków: metanu, etanu, etylenu lub amylenu.

Badanie obecności wody w chloroformie, jako składnika nieszkodliwego, pomijam.

Jak widzimy, zanieczyszczenia chloroformu są dość liczne a działanie niektórych z nich na ustrój, co najmniej podejrzane; wobec zaś okoliczności, że te zanieczyszczenia nie należą do rzadkości, sądzę, że przed użyciem do narkozy powinno się badać chloroform, zwłaszcza gdy zachodzą wątpliwości co do sposobu jego fabrykacyi lub gdy preparat nie jest świeży, co także często może się zdarzyć. Badanie to nie jest ani skomplikowane, ani długie, ani uciążliwe; daje natomiast wyniki zupełnie pewne a, co za tem idzie, i całkowite zaufanie do preparatu takiej doniosłości, jaką przedstawia chloroform używany do narkozy.

Dr. Eugeniusz Kozierowski we Lwowie.

Odontologia.

Prof. Miller: **Sposoby wypełniania zębów, bez usuwania chorej miazgi (pulpy.)**

Wiadomo, że ząb, którego miazga dawno obumarła, może służyć przez lata, skoro tylko miazgę tę usunie się zupełnie a przewód zębowy wypełni jakimkolwiek materyałem do plombowania przydatnym. Osiągnięcie jednak tego natrafia zazwyczaj na wielkie trudności i wymaga bardzo wiele cierpliwości, tak ze strony chorego jak i lekarza. Usunięcie miazgi z przednich zębów nie jest rzeczą tak trudną, w tylnych za to, a szczególniej trzonowych, czasami nawet niemożliwą. Nie można nigdy zadowolnić się częściowem tylko

zniszczeniem, ale trzeba zabrać wszystko, bo najmniejsza cząstka pozostawiona, może być punktem wyjścia objawów zapalnych. Ponieważ wydobycie takie jest często wprost niepodobnem, przeto jeszcze w roku 1874, podał Witzel swoję tak zwaną amputacyjną metodę, sądząc, że ciasto (pasta) arszenikowe, niszczy tylko zewnętrzną część miazgi, wewnętrzną zaś można jako zdrową pozostawić bezpiecznie, wydobywszy to, co chore, a więc tylko tak daleko, dokąd pasta zadziałała. Zdaniem Witzla reszta pozostałej miazgi miała się zamienić w nitki antyseptyczne przez następowe wprowadzenie ciasta złożonego z kwasu karbolowego lub sublimatu z cementem. Podobnie robił Baume używając karbolu i sublimatu, ałunu lub boraksu, co jednak nie dawało zbyt dobrych rezultatów.

W ostatnich czasach ogłosił Herbst nową metodę, do tego samego celu zdążającą, w której główny nacisk kładzie na używanie zamiast ciasta arszenikowego jego dmiany t. j. połączenia arszeniku z metalami t. z. *Scharbenkobalt.* Drugą sprawą, jaką porusza, jest szczelne zamknięcie przewodu listkami cyny, zapomocą własnej rotacyjnej metody. Po krytycznym przeglądzie prac wymienionych autorów, Miller kładzie za warunek, aby środek, którego użyjemy w celu uczynienia zniszczonej pulpy nieszkodliwą na przyszłość, miał następujące przymioty: 1) musi być mocnym środkiem przeciwgnilnym, 2) musi się dostatecznie rozpuszczać, aby mógł przeniknąć wszystkie części miazgi, a mimo to nie może się ulatniać; musi tam pozostać raz na zawsze. Dalej środek ten nie powinien niszczyć dentyny i nie sprawiać odmiennego zabarwienia szkliwa. Rozbierając własności różnych przetworów z osobna, używał pastylek składających się z

Sublimati corros. 0·01
Natrii chlorati 0·02
lub:
Sublimati corros.
Thymoli āā 0·0075

i tę formułkę pastylek uważa za najlepszą. Sam sublimat z solą kuchenną wywoływał często zapalenie osłonki korzenia; tymol zaś będąc ciałem trudno rozpuszczalnem nie dozwala za szybkiego wnikania sublimatu wtkankę. Także używał Miller dyafteryny, jednego z najnowszych środków podanego jako przeciwgnilny przez Emmericha. Działanie jego nie jest tak pewne, jak sublimatu, ma jednak tę zaletę, że ząb po jego użyciu nie czernieje, co zwykle następuje po sublimacie.

Użycie pastylek jest następujące: Po zupełnem zniszczeniu miazgi ciastem arszenikowem i oczyszczeniu zewnętrznem jamy karyetycznej tak, aby wejście do przewodu było dostępne, wprowadza $^1/_3$—$^1/_2$ pastylki tymolowo-sublimatowej, zwilża ją nieco i przykrywa listkiem złota, na który nakłada tymczasową plombę cementową lub wprost amalgamową. Jeżeli wejścia do przewodów mało są dostępne, należy pastylkę rozgnieść, tak aby z niej powstały proszek mógł wszędzie się dostać. Statystyka, jaką Miller zebrał, tak z instytutu berlińskiego, jak i prywatnej praktyki, bardzo przemawia za używaniem pastylek tymolowo-sublimatowych i jego metodą (*Verhandlungen der deutschen odontologischen Gesellschaft. V. tom, zeszyt 3*). *Dr. Łepkowski.*

Zapiski terapeutyczne.

— Przeciw tak pospolitemu uczuciu swędzenia lub drażnienia w krtani pobudzającego do napadów kaszlu krtaniowego bardzo nieprzyjemnego, okazują się nieraz bardzo skutecznemi wdechania pary ze zbiornika z wodą wrzącą, do której dodano w stosunku na pół szklanki wody 20 do 50 kropel płynu sporządzonego według przepisu:

1) Rp. *Alcoholi 40%* 20·00
Mentholi 0·25
Acidi benzoici 1·00
Cocaini muriatici 0·15

Wdechania takie robi się w miarę potrzeby i po kilka razy dziennie. Oczywiście, że można użyć do nich także i to bardzo wygodnie jakiegoś przyrządu rozpylającego.

— Na podstawie doświadczenia w 50 przypadkach używa Robin w Paryżu z bardzo dobrym skutkiem do leczenia miejscowego róży rozpylania zwykłym przyrządem parowym płynu:

2) Rp. *Liquoris van Swieteni* 250·00
Acidi tartarici 0·25

Rozpylania robią się zazwyczaj po 4 razy, w cięższych przypadkach po 6 razy dziennie. Każde rozpylanie trwa $^1/_2$ godziny a przyrząd rozpylający znajduje się w odległości mniej więcej 30 cm. od skóry.

(*La médecine moderne. Grudzień. 1893*).

— Między niezliczonemi środkami proponowanemi i używanemi przeciw wiewiórowi czyli tryprowi zasługuje jeden, który dał bardzo dobre rezultaty w szpitalu wojskowym w Monachium, na wzmiankę. Jestto wstrzykiwanie obfite do cewki moczowej po dwa razy dziennie płynu:

3) Rp. *Ammonii sulfoichthyolici* 3·00
Aquae destill. 100·00

Środek ten w przypadkach ostrych działa bardzo rychło, w przypadkach zaś przewlekłych lepiej, niż każdy inny.

Rozumie się samo przez się, że podczas leczenia tym sposobem chorzy trzymać się muszą ściśle znanych ogólnie prawideł co do żywienia się, kąpieli i t. d.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 22. Listopada 1893 r.

Przewodniczący: wiceprezes kol. doc. Trzebicky. — Członków 41.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. wiceprezes wita przybyłych na posiedzenie kol.: Merunowicza, Singera i Lachowicza (z Wilna).

III. Jednogłośnie potwierdzono przedstawionych przez Komitet Towarzystwa do Komitetu przedwyborczego na r. 1894 kolegów: Blatteisa (młodszego), Buszka, Filipkiewicza, Gluzińskiego, Jordana, Jungera, Karpińskiego, Kohna, Kryńskiego, Kwaśnickiego, Marcisiewicza, Obalińskiego, Palecznego, Pieniążka, Poniklę, Rościszewskiego, Rosenzweiga, Rydla, Schneidra, Sokołowskiego, Surzyckiego, Tyszkiewicza, Wachholza i Zarewicza.

IV. Kol. Lud. Korczyński przedstawia imieniem Komisyi przemysłowej perełki wyrobu mag. farm. Bełdowskiego z kreozotem i bromkiem kamfory po 0·05, z *natrium arsenicosum* po 0·001, azotanem strychninowym i glonoiną i prosi o przyjęcie ich i polecenie przez Towarzystwo lek. krak., jako leki wypróbowane w klinice lekarskiej i odpowiadające swemu celowi.

V. Kol. Piątkowski przedstawia w imieniu kol. prezesa komisyi przemysłowej perełki wyrobu Zahradnika a zawierające: węglan kreozotowy po 0·50, 0·30, 0·20, 0·10 z moruolem i węglan kreozotowy z olejkiem migdałowym po 0·10. Perełki te rozpuszczają się w słabym roztczynie kw. solnego i w podwyższonej ciepłocie w przeciągu pół godziny, wejrzenie ich nie przedstawia nic do życzenia, cena niższa od wyrobu zagranicznego Hella a smak mają przyjemniejszy i łagodniejszy, nadto, ponieważ je wypróbowano w klinice lek., prosi o ich zatwierdzenie.

Środki lekarskie pczedstawione przez koll. Korczyńskiego i Piątkowskiego przyjęto i zaliczono do środków poleconych przez Towarzystwo lek. krak.

VI. Kol. Gabryszewski przedstawia chorego, u którego przed miesiącem wykonano z powodu *osteochondrosarcoma thoracis* rozległą resekcyę

żeber. Guz, wielkości głowy dwuletniego dziecka, położony po lewej stronie między mostkiem a linią pachową przednią. między drugiem a szóstem żebrem, wycięto z części miękkich po oddzieleniu skóry w kształcie półkolistego płatu z podstawą u góry. Następnie wypiłowano trzy żebra, t. j. trzecie, czwarte i piąte w długości około 12 cm. a ponieważ zrostów z zwyrodniałą opłucną ścienną nie można było rozdzielić, resekowano przeto na całym obszarze opłucnę i otworzono jamę opłucnową. W szerokim otworze ukazało się w osierdziu bijące serce a wśród wahań zwolna zapadające się płuco. Chory chwilowo przedstawiał stan groźny a wytężone oddychanie, jakoby duszenie się lub łapanie powietrza, sinica i ogromny upadek przyspieszonego tętna, powoli zaczęły ustępować po usunięciu chloroformu i zdjęciu kompresu, który położono poprzednio na płuco i osierdzie, aby krew nie wlewała się do opłucnej. Krwotok zatamowano dokładnie i szczelnie zaszyto ranę. Przy tej ostatniej czynności wielce przeszkadzało płuco, które wydymało się ustawicznie przy kaszlu i krzyku budzącego się chorego i wyciskało się przez ranę na zewnątrz.

Przebieg pooperacyjny był bez żadnego zboczenia, bez najmniejszej gorączki i bolów; kilkakrotnie tylko chory skarżył się na uczucie duszności i ucisku w ranie. Po tygodniu opatrunek zdjęto a rana przedstawiła się w takim stanie, jak się ją widzi obecnie; otwór zatem długości około 14 cm. i takiejże szerokości, pokryty skórą w niego się wpklającą, pod którą bezpośrednio można widzieć i wyczuć bijące serce i za wydechem wypuklające się płuco. Płuco okazuje mierną niedodmę i katar oskrzelowy.

Podobną operacyę wykonał kol. Rydygier przed trzema laty z powodu mięsaka u młodej dziewczyny, gdzie jednakowoż oprócz wypiłowania 2 żeber i otwarcia klatki piersiowej musiano wyciąć kawałek ściany brzusznej i przepony tak, że i wątroba była w cięciu. Mimo wszystkiego udało się obie jamy otwarte zamknąć w zupełności a w kilka dni płuco powróciło do prawidłowych wymiarów.

Tak więc zdaje się, że antyseptyka i aseptyka dzisiaj uprawniają zupełnie do tego rodzaju rękoczynów, jak tego zresztą dowodzi wcale pokaźny już zastęp wykonanych z pomyślnym wynikiem resekcyj klatki piersiowej. Nieliczne operacye dawniejszych czasów mogą jednak wykazać obok przeważnej liczby zejść śmiertelnych, także kilka pięknych rezultatów. Już Richeraud mógł się cieszyć pomyślnym wynikiem swego zabiegu, który pierwszy w r. 1818 wykonał z powodu raka resekcyę. Po nim Sevillot, który nawet kawał płuca resekował, doczekał się wyzdrowienia chorego. Następne jednak przypadki zakończyły się śmiercią i zniechęciły do dalszych prób na tem polu. Dopiero piękny przypadek Fischera (1879) zwrócił powszechną uwagę; to też cały szereg resekcyj klatki piersiowej po nim wykonano i ogłoszono. Dziś już naliczyć mogłem 27 przypadków; z nich 5 śmiertelnych. Resekcyj z wycięciem i zeszyciem przepony było także kilka a należą tu przypadki Humberta, Mikulicza i innych.

Na podstawie przypadków własnych i obcych twierdzi kol. Gabryszewski:

a) Resekcyę klatki piersiowej należy wykonywać w przypadkach wszelkich nowotworów żeber, o ile nie przypuszcza się już uogólnienia nowotworu.

b) Jestto operacya bardzo poważna, nie tyle ze względu na obawę zakażenia, ile z przyczyny zboczeń bezpośrednich po otwarciu jamy opłucnowej i serca.

c) Najszkodliwszy wpływ na odsłonięte organa wywiera zimno i wysychanie oraz jakikolwiek ucisk; należy więc ich unikać.

d) Bardzo ważną rzeczą jest dokładne tamowanie krwotoku i zeszycie rany. Przeciwwskazane przemywanie opłucnej jakimkolwiek płynem przeciwgnilnym.

e) Cięcie należy prowadzić tylko płatowe, aby szew nie leżał na otworze, lecz obok niego (przeciwnie jak dotąd wszyscy robili). (*Referat własny*).

W dyskusyi wyjaśnia kol. Cybulski, że dlatego widziano ruchy płuca podczas operacyi, ponieważ powietrze wychodząc z drugiego płuca podczas wydechu natrafiało na skurcz krtani, wchodziło przeto do płuca odsłoniętego i wypukłało go. Zkąd zaś pochodzi dość często spostrzegana śmierć nagła po odsłonięciu klatki piersiowej? to na podstawie doświadczenia przez operacye na psach może kol. Cybulski twierdzić, że sprowadzają ją nagłe oziębienie serca przez powietrze wciskające się przez ranę.

Kol. Gabryszewski wspomina, iż już Haas zwracał uwagę i zalecał strzedz się oziębienia serca i parowania płuca, jako czynników przyczyniających się do nagłej śmierci podczas operacyi po otworzeniu klatki piersiowej.

VII. Kol. Bujwid okazuje preparaty mikroskopowe różnych form bakteryj cholery, zwracając uwagę, że hodowle tych bakteryj, w nieco różnych okolicznościach otrzymane, mogą różnie wyglądać. Typ krzywej laseczki widocznym jest w hodowli świeżej w galarecie, agarze i bulionie, oraz w świeżych wypróżnieniach. Trafiać się mogą tylko pewne różnice w grubości i długości laseczki, które są jednak bez żadnego wyraźnego znaczenia dla rozpoznania. Natomiast po dłuższym czasie lub w czasie zmiany ciepłoty (w zimie) laseczki mogą być dłuższe, krótsze, prawie proste, w postaci długich, powyginanych nitek, laseczek tak krótkich, jak owalne ziarniki; wreszcie po długiem, kilkutygodniowem hodowaniu w postaci okrągłych, źle barwiących się ziarników. Do rozpoznania cholery należy zatem używać tylko hodowli świeżych, uzyskanych w okolicznościach ściśle oznaczonych, o ile można jak najbardziej odpowiadających pierwotnemu typowi bulionowej lub żelatynowej hodowli.

W dyskusyi: Kol. Kryński pyta się prelegenta, czy można widzieć stałe zmiany we formie bakteryj cholerycznych za podnoszeniem lub obniżaniem się ciepłoty; również, czy nie dostrzegł prelegent jakiej zmiany we formie przecinków pochodzących z różnych miejscowości, n. p. z Hiszpanii i Warszawy a co mogłoby zależeć od różnego stopnia ciepłoty tych miejscowości?

Kol. prelegent w odpowiedzi oświadcza, że hipotez co do tego na razie przedstawić nie może, lecz tylko okoliczności, o jakich przekonał się robiąc mnóstwo preparatów. Wypada jednak dodać, że przecinki przybierają prostszą postać w niższej ciepłocie, podobnie jak w braku odpowiedniej pożywki; w wyższych zaś ciepłotach są więcej typowe. Nadto forma przecinków wiele zależy od podłoża i stopnia jego alkaliczności.

Kol. Ponikło pyta się kol. Prelegenta, co trzeba sprawdzić, by można rozpoznać bakteryologicznie cholerę indyjską, bo n. p. badając swego czasu wodę wiślaną natrafił na bakterye nie różniące się ani hodowlą ani znaną reakcyą od cholerycznych a dotąd nie jest pewnym, czy miał do czynienia z prawdziwą cholerą.

Kol. Bujwid w odpowiedzi oświadcza, iż trzeba oznaczyć wejrzenie mikroskopowe, czy i jak rośnie (to najważniejsze) na płytce i pożywce, formę i reakcyę indolową; jeżeli gdziekolwiek jest jakaś nietypowość, to nie mamy do czynienia z cholerą.

Kol. Piotrowski zaznacza, że trzeba uwzględnić także badanie sekcyjne.

Kol. Merunowicz opierając się na doświadczeniach w pracowni bakteryologicznej krajowej (przeszło 100 badań), twierdzi, że kultury mikroskopowo były wszystkie do siebie podobne. Sądzi dalej, że zmiany morfologiczne kol. Bujwida mogą dopiero powstawać w późniejszym okresie rozwoju. Aby zaś rozpoznać cholerę w danej miejscowości, to trzeba uwzględnić: a) wywiady, b) przebieg kliniczny, c) sekcyę, d) wejrzenie mikroskopowe.

Kol. Obalinski oświadcza, że można rozprawiać po akademicku nad prątkami, lecz pod względem praktycznym należy każdy przypadek podejrzany, w którym znaleziono prątki podobne do cholerycznych, uważać za cholerę azyatycką.

Kol. Jakubowski uważałby w rozstrzygnięciu rozpoznania cholery obraz mikroskopowy za ważniejszy, a to oparty na doświadczeniu sekcyi dziecka ze szpitala św. Ludwika, gdzie na podstawie sekcyi można było przyjąć cholerę a dopiero mikroskop rozstrzygnął, że cholery wcale nie było.

Kol. prelegent przemawiając w końcu oświadcza, że trzeba koniecznie oprzeć się na kilku danych rozpoznawczych, nim się rozpozna cholerę w danej miejscowości. Sekretarz *Dr. Olszewski.*

V. Stan nauk lekarskich w Anglii.

Napisał

Dr. Gustaw Piotrowski,

Docent fizyologii w Uniwersytecie lwowskim.

Gdy z początkiem r. 1892 zaszczyciła mię Akademia Umiejętności w Krakowie przyznaniem stypendyum z fun-

dacyi ś. p. Dra Seweryna Gałęzowskiego w kwocie 5000 franków, obrałem sobie na dłuższy pobyt uniwersytet w Cambridge. Anglia nęciła mnie z wielu względów. Niemieckie najgłówniejsze ogniska już znałem; nie obce mi też były pracownie Paryża, literaturę naukową niemiecką i francuską mogłem jakkolwiek z trudnością śledzić we Lwowie, podczas gdy angielska dostępna mi była jedynie za pośrednictwem referatów. A przedstawia się ona imponująco. W każdej gałęzi fizyologii coraz to większy zastęp pracowników sumiennych a bystrych rozszerza widnokręgi tej nauki. W pracach angielskich uderza gruntowność pozbawiona niemieckiej pedanteryi, wyśrubowanej często *ad absurdum*, trzeźwość nadzwyczajna i niechęć do produkowania błahych, efemerycznych teoryek, tak częstych w literaturze niemieckiej. — Że zaś obrałem Cambridge, skłonił mię między innymi względami podręcznik fizyologii prof. Fostera, zdradzający na każdym kroku w autorze głęboki zmysł krytyczny i niesłychanie trzeźwy umysł, wreszcie sława jego, jako znakomitego pedagoga. W ogólności strona pedagogiczna angielskich uniwersytetów wabiła mię wielce. Wyboru swego pod żadnym względem nie pożałowałem. Listy polecające od Akademii Umiejętności i Dziekana lwowskiego, tudzież prywatne polecenia otworzyły mi wszelkie zakłady naukowe a nader wielka uprzejmość i gościnność ludzi nauki w Anglii, ułatwiła mi poznanie systemu i stanu nauk lekarskich a rezultat przeszedł moje oczekiwania.

Po przybyciu i pierwszem rozejrzeniu się w Cambridge chciałem badać system naukowy wogóle a w szczególności zdawać sprawę odrazu w listach do *Przeglądu lekarskiego* ze stanu medycyny. Wkrótce jednak przekonałem się, żem się targnął zarozumiale na zbyt trudne zadanie. Skoro począłem rozpytywać się o przepisy, urządzenia, ustawy i t. d., znalazłem się w położeniu Marka Twaina w *A tramp abroad*, któremu każdy z dwunastu zapytywanych o burszenszafty w Heidelbergu dał całkiem odmienną odpowiedź. Im więcej czytałem i pytałem się, tem większy powstawał w mej głowie chaos. Uniwersytety, egzamina, kolegia, wydziały, szkoły medyczne i t. d., wszystko to przesuwało się jak w kalejdoskopie, bez możności uchwycenia związku. Zniechęcony, użalałem się na to prof. Fosterowi, lecz i ten nie wiele mógł mię poinformować o ogólnych stosunkach; polecił mi jednak udać się do p. Oskara Browninga z *Kings-College*, redaktora *Educational Revue*, który na polu edukacyi zdawna pracuje i zna te rzeczy na wylot. Główne me zapytanie się było, czy są wogóle jakieś statuty i czy istnieje pewien tok nauk, jak u nas szkoły normalne, dalej gimnazya, i szkoły realne, t. j. wogóle szkoły średnie, wreszcie szkoły wyższe, każde z odpowiedniemi egzaminami. Na to odpowiedział mi p. Browning z uśmiechem, że są tam podobno jakieś statuty, które jednak służą do tego, co i drukowana konstytucya, t. j. ażeby się jej nikt nie trzymał. W rzeczywistości niema właściwie żadnego systemu. Prócz niewielu najniższych szkół rządowych i przymusu szkolnego, wyjątkowo tylko w pewnych miastach istniejącego, wszystkie szkoły są instytucyami prywatnemi, każda z innym zakresem i programem. Ta rozmaitość panuje też i w wyższych szkołach a więc uniwersytetach, szkołach lekarskich i t. p. — Trzeba więc było poznać najpierw każdą instytucyę z osobna, uchwycić różnicę między niemi i podobieństwa, aby sobie wyrobić jaki taki ogólny pogląd. Ten powód skłonił mię do odłożenia pióra aż do poznania przynajmniej główniejszych uniwersytetów i szkół lekarskich w Anglii i dlatego teraz dopiero zdaję sprawę z tej części mej naukowej podróży.

Sądzę, że przede wszystkiem powinienem dać ogólny rzut oka na przepisy i urządzenia lekarskie; od tego też rozpoczynam swoje sprawozdanie.

Ogólne przepisy i urządzenia lekarskie.

Praktyka lekarska wolna jest w Anglii. Może ją wykonywać, kto chce, i może też za nią pobierać wynagrodzenie. W razie jednak, jeżeli pacyent nie płaci, nie ma leczący prawa do sądowego ściągania z niego honoraryum. Upoważnieni są do tego lekarze z zawodu, wpisani w akta medyczne, co się nazywa *to be registered under the medical act.* Ażeby być wpisanym w poczet lekarzy, musi kandydat ukończyć jeden z uniwersytetów lub szkół medycznych Wielkiej Brytanii i przejść pewne egzamina a wtedy po opłaceniu 5 funtów może być przyjęty jako *Fellow, Member, Licenti te* lub *Extralicentiate of the Royal College of Physicians* lub *Surgeons* Londynu, Edynburga lub Irlandyi. Odcieni tych tytułów jest nieskończona ilość. W poczet lekarzy mogą być również wpisani dyplomowani doktorzy uniwersytetów zagranicznych, po przedstawieniu odpowiednich dokumentów, stwierdzających ich uzdolnienie lekarskie. Wpisu dokonywa albo główne ciało lekarskie *General Council of Medical Education and Registration of the United Kingdom*, albo też jej filie (*Branch Council*) w główniejszych ogniskach lekarskich. Członkowie tej rady lekarskiej wybierani są przez uniwersytety, ciała lekarskie, jak *Royal College of Physicians* lub też *Surgeons* w Londynie. *Apothecaries Society of London, Kings and Queens College of Physicians in Ireland*, dalej zaś mianuje ich także Królowa, za wskazówkami swej rady prywatnej (*with the advice of Her Privy Council*). Uczniowie medycyny obowiązani są również do wpisywania się w odpowiedniej filii w *Medical Students Register*, czego można dokonać tylko po przebyciu pewnego rodzaju wstępnego egzaminu z ogólnego wykształcenia, t. j. *The Preliminary Examination in General Education.* Ostateczny egzamin lekarski może składać kandydat dopiero co najmniej po upływie 45 miesięcy od wpisu. Egzaminują i udzielają dyplomów rozmaite ciała naukowe, nie zawsze połączone ze szkołami lekarskiemi, jak n. p. *University of London*, który jest ciałem wyłącznie egzaminacyjnem a nie nauczającem. Ciała te są następujące: w Anglii: *University of Oxford, University of Cambridge, Oxford and Cambridge Schools Examination Board, University of Durham, University of London*; w Szkocyi: *Victoria University, University of Edinburgh, University of Aberdeen, University of Glasgow* oraz *Royal Colleges of Physicians and Surgeons of Edinburgh*; w Irlandyi: *University of St. Andrews, University of Dublin, Royal University of Ireland, Faculty of Physicians and Surgeons in Ireland.*

Stopnie są nader różne i różny też przebieg studyów w rozmaitych szkołach; dlatego też sądzę, że najodpowiedniejszą będzie rzeczą przejść główniejsze z osobna. Oczywiście, że niepodobieństwem by było opisać wszystkie szczegółowo. Zdam więc sprawę przede wszystkiem z tych, które

osobiście poznałem, najgłówniejszych zresztą, co do innych zaś pokrótce podam wiadomości zaczerpnięte z odpowiednich źródeł.

Zacznę od szkół lekarskich w Anglii. Są one następujące: Uniwersytety w Cambridge i Oxfordzie, 12 szkół lekarskich w Londynie, *University of Durham*, *College of Medecine Newcastle upon Tyne*, *University College* w Liwerpolu, *Owens Coll.* (*Victoria Univ.*) *School of Medicine*, *Sheffield School of Med.*, *Mason Coll. Birmingham*, *Bristol Medical School*, *Yorkshire Coll. Leeds.* W Szkocyi uniwersytety w *Aberdeen*, *St. Andrews*, Edynburgu i Glasgowie. W Edynburgu *School of Med. and Pharmacy*, w Glasgowie *St. Mungos Coll. and School of Med.*, *Anderson's Coll. Med. School* i *Western Med. School.* W Irlandyi uniwersytet w Dublinie, *Dublin Royal Coll. of Surgeons*, *Dublin Catholic Univ.*, *Belfast Queen's Coll.*, *Cork Queen's Coll.*, *Galway Queen's Coll.*

W Anglii główne ognisko lekarskie stanowi Londyn, już to dla swych olbrzymich szpitali, już też dla dogodniejszych warunków, aniżeli w uniwersyteckich miastach, jak *Cambridge* i *Oxford*. Tu odbywa swe studya medyczne każdy, kto chce je odbyć tańszym stósunkowo kosztem i szybko; w wymienionych bowiem powyżej uniwersytetach studya są znacznie droższe i dłuższe.

Rozpocznę jednak niniejsze sprawozdanie od uniwersytetu w *Cambridge* a to z tego powodu, że główne nauki lekarskie a przede wszystkiem fizyologia są w nim znacznie wyżej rozwinięte a na nię głównie uwagę zwracałem w czasie swej podróży naukowej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 4. Stycznia 1894 r.

— Komisya sanitarna krakowska odbyła w dniu 28. z. m. pod przewodnictwem Prezydenta miasta posiedzenie, na którem po odczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego zebrania się uchwalono przedstawić Radzie miejskiej do zaproszenia w myśl nowego statutu na członków z po za Rady: 1) Dra Gustawa Bielańskiego c. k. lekarza powiatowego, 2 prof. Dra Odona Bujwida, 3) prof. Dra Leona Macieja Jakubowskiego, 4) Dra Augusta Kwaśnickiego, 5) prof. Dra Józefa Łazarskiego, 6) Dyrektora szpitala św. Łazarza Dra Stanisława Ponikłę. — Przypomniano magistratowi, aby tandetne ubrania dalej podlegały desinfekcyi. — Przyjęto do wiadomości, co dotąd zrobiono w sprawie budowy szpitala epidemicznego i uproszono komitet dawniej *ad hoc* wybrany o prowadzenie dalsze tej sprawy. — Wykazano, że pp. lekarze miejscy zaszczepili kosztem gminy w ciągu r. 1893 5071 osób; pierwszy raz zaszczepiono 1901 osób, drugi raz 3170 osób, mianowicie zaszczepił Dr. Koy 1817, Dr. Wilkosz 713, Dr. Schaitter 1699, inni 559 osób. Zaszczepiono o 3218 osób więcej, aniżeli w roku 1892. Jedno zaszczepienie kosztowało około 8 centów. Z ospy umarło w 1893 roku 194 osób, pomiędzy temi 65 dzieci do 5. roku życia, które nie były wcale szczepione. Ze szczepionych powtórnie nie umarł.

— Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego warszawskiego odbytem dnia 2. b. m. wybrano prezesem prof. Dra Ignacego Baranowskiego, wiceprezesem Dra Alfreda Sckołowskiego, sekretarzem dorocznym Dra W. Szumlańskiego. Nowych członków przyjęto 15.

— Jeneralny Komitet XI. zjazdu międzynarodowego w Rzymie zawiadamia, że zostanie utworzoną także sekcya odontologiczna i zaprasza lekarzy-dentystów do licznego w niej udziału.

— Jak donosi *Gazeta lekarska*, założyli lekarze gubernii suwalskiej osobne Towarzystwo lekarskie, którego ustawa jest już zatwierdzona.

— Dr. Justyn Karliński, złożywszy sułtanowi obszerny raport piśmienny o robotach koniecznych dla asanizacyi Konstantynopola uważał misyą swoją tamże za ukończoną a nie chcąc tracić lat służby bośniackiej upraszał sułtana dnia 23. grudnia z. r. o uwolnienie, na co tenże zezwolił obdarzywszy go medalem za zasługi na polu umiejętności i sztuki *Niszom Iftikar*. Ponieważ zaś urlop, jaki rząd bośniacki dał Dr. Karlińskiemu z pozostawieniem rangi i płacy, kończy się dnia 1[illegible] Stycznia r. b., przeto tenże zaraz po Nowym Roku wraca przez Tryest do Bośnii, aby objąć swe stanowisko lekarza dystryktowego we Visoku na północ od Serajewa.

— Dla członków jedenastego międzynarodowego kongresu lekarskiego mającego, jak wiadomo, odbywać swe obrady w Rzymie od 29 Marca do 5. Kwietnia r. b., gotuje komitet wspólne wycieczki: jedne za 60 do 70 lirów czyli franków do Neapolu, Baji, Sorrentu, wyspy Capri i Wezuwiusza, drugą za 275 franków do Neapolu i Sycylii ze zwiedzeniem Messyny, Taorminy, Katanii, Syrakuz, Agrygentu i Palerma z powrotem do Neapolu. W tych cenach 70 i 275 lirów rozumie się kolej, powozy, jedzenie, mieszkanie, napiwki i t. d.

— Byli asystenci zmarłego niedawno prof. Charcota postanowili postawić pomnik ku uczczeniu pamięci mistrza swego. Rada jeneralna departamentu Sekwany ofiarowała na ten cel 500 a rada miejska paryska 1000 franków.

— Doktor medycyny Canonge, pułkownik 139. pułku piechoty francuskiej, mianowany jenerałem brygady.

— Dr. Defontaine, lekarz słynnych zakładów górniczych i hutniczych w Creuzot we Francyi, donosi Towarzystwu chirurgicznemu paryskiemu o osobliwym zbiorze przypadków tak zwanego rażenia elektrycznego, jakiemu ulegają nieraz robotnicy pracujący w tamtejszych zakładach fabrycznych, w których używa się światła elektrycznego a mianowicie wytwarzanego przezeń nadzwyczaj wysokiego stopnia ciepła do topienia żelaza. Z opisu tego wypada, iż w odległości 10 metrów od łuku Volty doznają ludzie na miejscach niepokrytych skóry, mianowicie na szyi, twarzy a osobliwie czole bolesnego kłucia i gwałtownego pieczenia, przyczem skóra ciemnieje nabierając barwy miedzianej a nawet bronzowej. Mimo używania szkieł poczernionych oczy ulegają takiemu olśnieniu, iż całemi minutami nic można niemi nic widzieć, poczem pojawia się widzenie wszystkiego żółto i zapalenie spojówki. Objawom tym towarzyszy ból głowy i bezsenność a niekiedy nawet i gorączka. Po dwóch dniach objawy te zaczynają powoli ustępywać, przyczem skóra łuszczy się. Ze całe to działanie polega na świetle a nie na cieple, rzecz oczywista, jeżeli się zważy, iż światło elektryczne mało promieniuje ciepła i że te przypady występują nawet w takiej odległości, w której nie czuć żadnego ciepła od łuku Volty. Jakkolwiek nie ma nad całą sprawą jeszcze żadnych badań, jest rzeczą wielce podobną do prawdy, iż działają tu przedewszystkiem promienie chemiczne.

— Austryacka połowa monarchii austro-węgierskiej liczyła z końcem roku 1892 lekarzy 6565 i 1532 chirurgów, w porównaniu z rokiem poprzedzającym o 511 lekarzy więcej a o 56 chirurgów mniej. Liczba lekarzy zwiększyła się z wyjątkiem Krainy, Dalmacyi, Austryi Górnej i Vorarlbergu we wszystkich krajach koronnych i to w latach 1890 do 1892 o całe 10%.

— Ze zdania sprawy o paleniu zwłok w Paryżu wyjmujemy następujące daty: Jedyny w całej Francyi przyrząd do palenia zwłok w Paryżu na cmentarzu wschodnim oddano do użytku publicznego 15. Grudnia 1887; kosztował on gminę 245.000 franków i był zaopatrzony w piec systemu Goriniego, w którym zwłoki spalały się do szczętu na czysty popiół w ciągu 7 do 8 kwadransów, przyczem atoli zużywano za każdym razem opału za 20 do 25 franków. Kwoty te wydały się nawet gminie tak bogatej, jak paryska, za wielkie, tem bardziej, iż palono rocznie 2000 do 2500 zwłok sekcyonowanych lub w kawałki pociętych a pochodzących z prosektoryów uniwersyteckich i szpitali publicznych. Dlatego w dniu 5. sierpnia 1889 wymieniono piec Goriniego na nowy piec pomysłu Toisoula i Fradeta, w którym zwłoki spalają się zupełnie na popiół w ciągu 4 do 5 kwadransów potrzebując do tego opału zaledwie za trzy franki. Prócz tego do spalenia zwłok przychodzących z prosektoryów i szpitali ustawiono 19. Stycznia 1891 ulepszony przyrząd Ficheta, w którym zwłoki spalają się w 50 do 55 minut, do czego potrzeba atoli 18 hektolitrów koksu, gdy w przyrządzie Toisoula i Fradeta wystarcza do tego 14 hektolitrów. Do chowania urn z popiołami jest tylko jedno kolumbaryum z 354 schowkami (*cases*), z których każda kosztuje średnio 59 franków. Obecnie buduje się drugie kolumbaryum okazalsze w którem każdy schowek na urnę kosztować ma 68 franków.

Od zaprowadzenia palenia zwłok w r. 1889 do 31. Października 1893 spalono w Paryżu na żądanie rodzin 613 zwłok. nadesłanych ze szpitali 9414 zwłok. prócz tego płodów do 4. miesiąca 5154. Ta nadzwyczaj mała (rocznie od 120 do 160) liczba zwłok spalonych na żądanie rodzin ma według zdania sprawy wielorakie przyczyny a mianowicie usposobienie katolickie narodu nie chcące pogodzić się z pogańskim sposobem niszczenia zwłok. bardzo nieprzyjemny wpływ psychiczny całej procedury na rodzinę zmarłego i w ogóle obecnych i wreszcie okoliczność. iż z powodu koniecznych do dopełnienia przed spaleniem zwłok formalności, spalenie zwłok odbywa się tak późno po śmierci, iż zwłoki są bardzo często już znacznie rozłożone, czego właśnie chcieli uniknąć i sami zmarli i ich rodziny. Dlatego zdanie sprawy wątpi, czy mimo wszelkich usiłowań władzy i powoływania się na higienę uda się kiedykolwiek zaprowadzić ogólnie palenie zwłok ,nawet w Paryżu.

— Jeden ze znanych lekarzy praktycznych paryskich wytoczył przed trybunałem cywilnym departamentu Sekwany pozew o honoraryum w kwocie 1500 franków za leczenie żony pewnego notaryusza, który mu dawał tylko 700 franków. Sąd wydał wyrok na korzyść owego lekarza i uzasadniał go nietylko stanem majątkowym klienta, ale także i stanowiskiem naukowem lekarza; rzecz przeto nabrała znaczenia zasadniczego.

— Lekarz wojskowy francuski Dr. Perrin pisze w *Archives de médicine militaire*, że pewnego razu stawił się do wizyty lekarskiej żołnierz skarżąc się na ból gardła. Przy oglądaniu znaleziono na migdałkach, łukach podniebiennych, błonie śluzowej policzków a nawet częściowo i na dziąsłach coś, jakoby błony. Odesłano go przeto do szpitala, gdzie rozpoznano błonicę. Wkrótce zjawił się kolega owego chorego z tejże samej izby w koszarach z podobnem zupełnie cierpieniem i wygadał się, iż obydwa wywołują sztucznie ową niby błonicę proszkiem z pryszczawek (*pulvis cantharidum*), częścią wdmuchując go w bardzo małej ilości do jamy ustnej, częścią zażywając na sucho i popijając wodą.

— **Wiadomości uniwersyteckie.** Amsterdam. Dr. Salomonson habilitował się na docenta prywatnego neurologii i elektroterapii. Halla nad Salą. Prof. Fehling z Bazylei powołany do objęcia katedry położnictwa po zmarłym niedawno prof. Rudolfie Kaltenbachu. Lille. Docent prywatny Dr. Combemale mianowany profesorem terapii. Londyn. W miejsce zmarłego niedawno Andrzeja Clarka został Dr. Russel Reynolds prezydentem królewskiego kolegium lekarskiego. Petersburg. Profesorowie zwyczajni Akademii wojennolekarskiej Dr. Nassiłów i Dr. Tarnowski poszli na emeryturę. Profesor nadzwyczajny tejże Akademii Dr. Pasternacki mianowany profesorem zwyczajnym. Nowy Jork. Dr. B. H. Wells mianowany profesorem ginekologii. Inspruk. Dr. W. Czermak, profesor nadzwyczajny okulistyki, mianowany profesorem zwyczajnym. Rzym. Prof. G. Bacelli, słynny klinik i pierwszy przewodniczący międzynarodowego zjazdu lekarskiego, odbyć się mającego w b. r. w Rzymie, został ministrem oświaty we włoskim gabinecie Crispiego. Prof. Bacelli już przed kilkoma laty był po raz pierwszy ministrem także oświaty.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 10. Stycznia b. r. o godzinie 6-tej po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: Sprawy administracyjne.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

Wydział powiatowy w Samborze rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Łące z płacą roczną w kwocie 500 złr. i ryczałtem na podróże służbowe w kwocie rocznej 275 złr.

Okręg sanitarny obejmuje 16 gmin z ludnością 16858 na obszarze 229□ kilometrów.

Starający się o tę posadę mają się wykazać:

1) prawem obywatelstwa austryackiego,

2) dyplomem doktora medycyny uprawniającym do wykonywania praktyki lekarskiej.

3) świadectwem moralności.

4) świadectwem zdrowia wydanem lub potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego,

5) znajomością języków krajowych,

6) praktyką najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim, a oraz ma przyjąć obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Posada nadaną zostanie prowizorycznie na jeden rok, po upływie którego nastąpić dopiero może stabilizacya.

Obowiązki służbowe określa instrukcya służbowa z 31. grudnia 1891. dz. ust. kraj. Nr. 83.

Podania wnosić należy do Wydziału powiatowego najdalej do 31. stycznia 1894 r.

Z Wydziału powiatowego 69—1—1
w Samborze dnia 9. grudnia 1893 r.

L. 1093.

KONKURS.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 1. grudnia b. r. L. 63,215/893 rozpisuje się konkurs na posadę **prosektora** przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie, która to posada obsadzoną będzie prowizorycznie.

Do posady tej przywiązaną jest płaca o rocznych 1.200 złr. w. a. z prawem do 3 pięcioletnich dodatków po 200 złr. w. a.

Ubiegający się o tę posadę winni wykazać:

a) wiek, stan i miejsce urodzenia;

b) uzyskany lub zatwierdzony stopień doktora wszech nauk lekarskich na jednej z wszechnic państwa austryackiego. Nadto wykazać należy specyalne studya w dziale patologicznej anatomii i naukowe prace w tym kierunku dokonane;

c) dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

Podania wnosić należy do 15. stycznia 1894 r. włącznie na ręce Dyrekcyi krajowego szpitala powszechnego we Lwowie bezpośrednio, lub za pośrednictwem swej władzy przełożonej, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznej.

Lwów, dnia 7. grudnia 1893 r.

Dyrektor krajowego szpitala powszechnego:

59—4—4 *Dr. Głowacki.*

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.